RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AVIS ET RAPPORTS DU

CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL
ET ENVIRONNEMENTAL

LA PÉDOPSYCHIATRIE : PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE

2010

Avis présenté par
M. Jean-René Buisson

Année 2010 - N°04 NOR : C.E..S X10000104V Mercredi 3 mars 2010

MANDATURE 2004-2010

Séance des 23 et 24 février 2010

LA PÉDOPSYCHIATRIE : PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE

Avis du Conseil économique, social et environnemental présenté par M. Jean-René Buisson, rapporteur au nom de la section des affaires sociales

(Question dont le Conseil économique, social et environnemental a été saisi par décision de son bureau en date du 9 juin 2009 en application de l'article 3 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 modifiée portant loi organique relative au Conseil économique, social et environnemental)

SOMMAIRE

AVIS

adopté par
le Conseil économique, social et environnemental
au cours de sa séance du 24 février 2010

Première partie
Texte adopté le 24 février 2010

Le 9 juin 2009, le Bureau du Conseil économique, social et environnemental a confié à la section des affaires sociales la préparation d'un projet d'avis sur *La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge*[1].

La section des affaires sociales a désigné M. Jean-René Buisson comme rapporteur.

Pour son information, la section a entendu :

- Mme Marie-Noël Tardy, psychiatre et pédopsychiatre (médecine de ville) ;
- M. Gilles Gonnard, président de l'Association des ITEP et de leurs réseaux (AIRe) et M. Lionel Deniau, président d'honneur ;
- M. Philippe Didier-Courbin, chef de service adjoint à la Direction générale de l'action sociale ;
- M. Édouard Couty, conseiller maître à la Cour des comptes ;
- M. Patrick Gohet, délégué interministériel aux personnes handicapées ;
- M. le professeur Bernard Golse, chef du service de pédopsychiatrie à l'hôpital Necker ;
- M. Didier Houssin, directeur général de la santé ;
- M. le professeur Marcel Rufo, pédopsychiatre.

La section des affaires sociales s'est rendue à l'Établissement public de santé de Ville Evrard pour y rencontrer :

- Mme Khaddouj Bouasria, directrice adjointe qualité, gestion des risques, affaires juridiques, relations avec les usagers ;
- Mme Nadine Chastagnol, coordinatrice générale des soins ;
- Mme Jocelyne Chatron, directrice de la communication ;
- M. Emmanuel Constant, président du conseil d'administration ;
- Monsieur Claude Dagorn, directeur ;
- Mlle Séverine Palmont, responsable du pôle « Relations avec les usagers » ;
- Docteur Jean Clair Bouley, responsable de pôle ;
- Docteur Véronique Daoud, chef de service du département d'information médicale ;
- Docteur Yves Claude Stavy, responsable de pôle ;
- Docteur Roger Teboul, praticien hospitalier ;

[1] L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public à l'unanimité des votants (voir le résultat du scrutin en annexe)

- Docteur Francis Théodore, président de la commission médicale d'établissement ;
- Docteur Bertrand Welniarz, responsable de pôle.

Le rapporteur souhaite exprimer ses remerciements aux personnalités rencontrées pour leur concours éclairé et à l'ensemble des membres de la section des affaires sociales pour l'aide qu'ils ont apportée.

INTRODUCTION

Le repérage et la prise en charge des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent ont connu depuis quelques années d'indéniables progrès avec, notamment, la publication de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et l'adoption du premier Plan autisme en 2008. Malgré cela, ces troubles sont trop souvent mal connus et diagnostiqués tardivement.

La prévention est pourtant particulièrement cruciale dans l'approche de ces problèmes. En effet, le repérage précoce de certaines pathologies peut aboutir à des résultats positifs, voire exceptionnels, en termes d'atténuation des troubles, mais aussi en termes d'intégration scolaire ou sociale.

Quant à la communication autour du handicap, elle a certes connu des progrès, mais les troubles d'ordre psychiatrique chez les enfants et les adolescents font encore trop souvent l'objet, au mieux d'une certaine méconnaissance, au pire d'une stigmatisation.

Notre assemblée s'est attachée à distinguer la souffrance psychique des troubles psychiatriques, ces derniers étant caractérisés par la gravité des symptômes et le degré de perturbation qu'ils occasionnent dans la vie du jeune et de sa famille. Certains comportements d'enfants ou d'adolescents sont en effet souvent improprement assimilés à des pathologies psychiatriques. L'avis suit en ce sens le rapport de l'IGAS (présenté par Danièle Jourdain-Menninger et Hélène Strohl-Maffesoli, *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques*, février 2004) qui distingue l'ensemble des problèmes sociaux de la jeunesse des pathologies psychiatriques.

Lorsqu'un jeune souffre d'une pathologie psychiatrique, l'ensemble de sa vie est perturbé, notamment son rapport aux autres et parfois sa possibilité de suivre un parcours scolaire classique. En parallèle, les troubles psychiatriques se traduisent fréquemment par une mise en danger du jeune lui-même ou de son entourage. La gravité des troubles nécessite toujours une aide extérieure, aide au jeune lui-même mais aussi à sa famille.

Notre assemblée, dans cet avis, dresse un état des lieux de la prévention et de la prise en charge des troubles psychiatriques avérés des enfants et adolescents en France. Elle propose des solutions en matière de prévention, de coordination des structures et acteurs impliqués dans la prise en charge, et d'intégration scolaire et sociale des jeunes patients.

L'avis tente ainsi d'apporter des réponses concrètes et opérationnelles à plusieurs questions cruciales :

- comment mieux connaître et détecter les troubles précocement ?
- comment organiser la prise en charge et coordonner les différentes structures et les différents acteurs (médecins, professionnels de santé, parents, associations etc.) ?
- comment intégrer les jeunes concernés dans la structure la plus adaptée (milieu spécialisé ou milieu ordinaire) ?

I - ELÉMENTS DE CADRAGE

A - PANORAMA ET DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES SUR LES DIFFÉRENTES PATHOLOGIES MENTALES DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

1. Les troubles psychiatriques les plus fréquents chez les enfants et chez les adolescents

La prévalence se définit comme le nombre de cas d'une maladie, enregistré dans une population déterminée à un moment donné, et englobant aussi bien les cas nouveaux que les cas anciens.

Dans les développements qui suivent, cette prévalence est exprimée en pourcentage d'une population donnée et, uniquement lorsque les études le précisent, en nombre de personnes concernées. Le tableau 1 qui donne, par tranche d'âge, la population des enfants et adolescents en France, permet d'estimer la proportion de jeunes souffrant de ces pathologies.

Ci-après les pathologies sont classées suivant l'importance de la population concernée (cf. tableau 2 relatif à la tranche d'âge 15-19 ans).

♦ **Troubles anxieux névrotiques dont les troubles obsessionnels compulsifs (Toc)**

Les troubles anxieux peuvent s'exprimer de différentes façons, par des soucis excessifs concernant les résultats scolaires, des troubles du sommeil, de la mémoire, des attaques de panique, des phobies sociales. Certains troubles anxieux traduisent un état de stress post traumatique (rapport IGAS). La mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent (mission Sommelet) indique que la prévalence de ces troubles (incluant les phobies scolaires et les états de stress post-traumatiques) est de 2 à 7 % pour l'ensemble de la population. Les TOC débutent entre 6 et 11 ans et leur prévalence est de 1 % de 13 à 18 ans et de 0,15 % de 8 à 12 ans (enquête collective INSERM 2001). La mission constate que les instruments utilisés pour le dépistage et le repérage des troubles anxieux sont d'une fiabilité moyenne et doivent être réservés à des praticiens qualifiés et entraînés.

♦ **Dépression**

La mission Sommelet explique que si la dépression de l'adolescence est considérée par certains comme identique à celle de l'adulte, elle est interprétée de façon plus spécifique comme l'existence d'une rupture par rapport à l'étape antérieure. Elle se manifeste par des troubles du comportement et une hyperactivité. La prévalence s'inscrit dans une fourchette de 0,5 % à 2 ou 3 % entre 6 et 11 ans. Elle atteint 21 % des filles et 7 % des garçons entre 16 et 18 ans. Les facteurs socio-économiques ont un rôle important dans la survenue de la maladie. Les 15-34 ans recourent moins aux soins que les plus de 65 ans. (Enquête Mme Choquet, INSERM 1988).

Plus généralement, ce qui est désigné par troubles de l'humeur (dépression ou troubles bipolaires ou dysthymie ou cyclothymie) apparaît le plus souvent chez les adolescents, précédés par des troubles du comportement (hyperactivité, difficulté de concentration...). Ces troubles, non dépistés et non traités conduisent à de nombreuses tentatives de suicide (40 % d'après les études américaines, chez les enfants et les adolescents déprimés).

♦ **Hyperactivité**

Le diagnostic repose sur la mise en évidence de trois types de manifestations : l'hyperactivité motrice, les troubles de l'attention et les impulsivités. La mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent recommande d'utiliser le terme d'hyperactivité avec beaucoup de prudence devant le risque de diagnostic par excès. (cf. tableau 2 ci-après)

♦ **Schizophrénie**

Le rapport de l'IGAS définit la schizophrénie par la manifestation de troubles du cours de la pensée, des idées délirantes, des hallucinations, une discordance affective. Elle est rare chez l'enfant et commence généralement à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte.

Selon la mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent la schizophrénie et les troubles bipolaires sont très rares entre 15-19 ans, la prévalence combinée est évaluée à quatre cas pour 100 000 adolescents. (cf. tableau 2 ci-après).

Elle concerne, selon l'OPEPS, 26 000 patients entre 15 à 25 ans (sur 635 000 cas soit 1,1 % de la population).

♦ **Troubles bipolaires**

La Haute autorité de santé (HAS) définit le trouble bipolaire comme un trouble récurrent de l'humeur, alternant phases d'expansion, augmentation de l'énergie et des activités, et des baisses, avec des périodes sans troubles plus ou moins longues (HAS, *Guide du médecin - ALD 23 troubles bipolaires*, mai 2009). Ces troubles sont rares chez l'enfant et sont le plus souvent en lien avec une future schizophrénie.

Les troubles bipolaires sont la 6e cause de handicap dans le monde chez les 15 à 44 ans (OMS). 73 % des troubles bipolaires ne sont pas diagnostiqués. Le diagnostic est souvent posé après plusieurs années et après une prise en charge par 3 ou 4 médecins. En France, la prévalence des troubles bipolaires est de 1 à 2 % de la population. D'après les études américaines, les taux de mortalité par suicide des patients souffrant de troubles bipolaires non décelés serait d'un quart.

♦ **Anorexie et boulimie**

Les troubles du comportement alimentaire touchent surtout les adolescentes (1 % des jeunes filles de 17 à 19 ans pour la boulimie ; 0,2 % des jeunes filles de 13 à 19 ans pour les anorexies). La boulimie survient dans 30 à 50 % des cas pendant ou après l'anorexie mentale. Il faut noter que ces troubles touchent aujourd'hui de plus en plus les garçons. (cf. tableau 2 ci-après).

♦ **Troubles envahissants du développement**

L'autisme est un trouble du développement caractérisé par des perturbations dans les relations sociales et la communication et par des comportements et activités au caractère restreint et répétitif (classification internationale des maladies).

L'autisme recouvre trois types de pathologies : le trouble autistique, le trouble du spectre de l'autisme, le syndrome d'Asperger.

Les filles sont moins nombreuses à être touchées, 1 fille pour 3 ou 4 garçons, mais souffrent souvent d'une déficience intellectuelle plus sévère et de pathologies associées plus graves et plus fréquentes (en premier lieu l'épilepsie). Pour les autistes sans déficience intellectuelle, la fréquence de la pathologie peut atteindre 9 garçons pour une fille, alors que pour ceux atteints d'une déficience intellectuelle sévère, 2 garçons peuvent être touchés pour 1 fille. La France compte entre 350 000 et 600 000 autistes soit 1 % de la population (Avis du Comité national d'éthique du 6 décembre 2007). La proportion des personnes autistes ayant une déficience intellectuelle est d'environ 70 %.

Contrairement aux autres formes d'autisme, le syndrome d'Asperger ne s'accompagne pas d'un retard ou d'une déficience du langage ou du développement cognitif. La personne atteinte peut même développer des compétences intellectuelles au-dessus de la moyenne dans des domaines très spécifiques. Ce syndrome représente entre 15 et 20 % des troubles envahissants du développement avec une proportion de 8 garçons pour 1 fille.

La Haute autorité de santé (HAS), en lien avec la fédération française de psychiatrie, a défini en 2005 une recommandation sur le dépistage et le diagnostic de l'autisme chez l'enfant.

La mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent (conduite par le professeur Danièle Sommelet, 2006) indique que le dépistage de l'autisme est souvent effectué tardivement vers l'âge de 6 ans. Il est parfois rendu plus précoce par la coexistence d'une pathologie médicale associée ou lorsque l'enfant n'est pas le premier né dans la famille. Les premiers symptômes signalés sont les troubles de la parole et du langage, des réponses sociales et émotionnelles anormales, un retard psychomoteur. La mission indique que le dépistage peut être envisagé dès l'âge de 18 mois à l'aide de la méthode CHAT (*Checklist for Autisme in Toddlers*). Elle comporte des questions pour les parents

et l'observation des enfants. L'INSERM recommande la réalisation de la CHAT pour les enfants de 18 à 24 mois par des professionnels formés à ce test.

2. Des données épidémiologiques encore insuffisantes en France

Les études épidémiologiques comparées dans plusieurs pays européens tendent à indiquer que la prévalence des différentes pathologies psychiatriques y est relativement élevée. L'expertise collective de l'INSERM (2003) indique qu' « *un enfant sur huit souffre d'un trouble mental en France. Qu'il s'agisse d'autisme, d'hyperactivité, de troubles obsessionnels compulsifs, de troubles de l'humeur, d'anxiété, d'anorexie, de boulimie ou de schizophrénie, ces troubles peuvent avoir un retentissement considérable sur le devenir de l'enfant* ».

En outre, la Direction générale de la santé (DGS) dispose d'estimations sur la fréquence des troubles mentaux parmi les enfants scolarisés en primaire. La Fondation MGEN, en partenariat avec la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) de la région Paca, les académies d'Aix-Marseille et de Nice a mené en 2005 une étude sur la santé des enfants scolarisés en primaire dans la région Paca.

La cohorte était composée d'enfants tirés au sort (environ 2 300 enfants de 6 à 11 ans) dans des écoles publiques et privées situées en milieu urbain et en milieu rural. Des questionnaires spécifiques pour les enfants, pour les parents et pour les enseignants ont été élaborés. Ces questionnaires ne permettent pas de porter de diagnostic mais d'estimer la part de la population concernée par un problème de santé mentale. L'autisme et les psychoses infantiles étaient exclus du champ de l'enquête. Le taux de participation (enfants-parents-enseignants) était de 54,4 %. Les prévalences sont différentes suivant les sources d'information et la perception des uns et des autres (enfant, parent, enseignant) sur la santé mentale de l'enfant.

La fréquence des troubles mentaux, chez les enfants de 6 à 11 ans, est estimée selon la source d'information (l'enfant, le parent ou l'enseignant) entre 7,6 % et 25 %, dont 5 % sont suffisamment sévères pour nécessiter des soins spécialisés. (Chiffres donnés par M. Didier Houssin, directeur général de la santé).

Tableau 1 : Population totale des enfants et adolescents en France

Age	Ensemble	Sexe masculin	Sexe féminin
0 à 6 ans	5 600 926	2 860 190	2 740 736
6 à 11 ans	4 796 933	2 456 074	2 340 859
8 à 12 ans	4 001 058	2 051 312	1 949 746
13 à 18 ans	4 719 744	2 412 277	2 307 467
16 à 18 ans	2 380 196	1 215 404	1 164 792
15 à 19 ans	3 974 622	2 029 629	1 944 993

Source : INSEE 2009

Tableau 2 : Estimation du nombre d'adolescents de 15 à 19 ans
souffrant d'un trouble mental en France
(Population des 15-19 ans : 4 millions)

Troubles anxieux dont troubles obsessionnels compulsifs	238 062
Dépression	127 703
Hyperactivité	39 677
Schizophrénie et troubles bipolaires	19 839
Anorexie et boulimie	15 789
Autisme et autres troubles envahissants du développement	10 832

Source : INSERM 2003, enquête collective.

NB. On ne dispose pas de données équivalentes pour les enfants

B - LA PÉDOPSYCHIATRIE : UNE DISCIPLINE A PART ENTIÈRE EN FORTE ÉVOLUTION

1. Les spécificités de la pédopsychiatrie

La pédopsychiatrie est la branche de la psychiatrie qui s'applique aux enfants et aux adolescents. C'est une discipline plus récente que la psychiatrie générale dont on peut dater l'essor aux années 1930 (le premier congrès de pédopsychiatrie a eu lieu à Paris en 1937). Il existe certaines différences entre la psychiatrie qui s'adresse aux adultes et la pédopsychiatrie, même si les deux disciplines ont de nombreux points communs.

La pédopsychiatrie se définit, en premier lieu, dans son rapport à la psychiatrie générale, par la question des frontières d'âge qui définissent les enfants et les adolescents. Il est maintenant communément admis que certaines pathologies trouvent leur origine dès avant la naissance, ce qui justifie l'attention particulière portée à la période de la grossesse. La définition d'une limite supérieure au-delà de laquelle commence la psychiatrie adulte est plus difficile à tracer de manière objective. Dans les faits, il existe des différences entre la pratique en vigueur dans les établissements hospitaliers, où les patients après l'âge de 16 ans sont pris en charge par les services adultes en raison d'une approche à caractère biologique selon laquelle la puberté est alors terminée, et les services ambulatoires dans lesquels les adolescents sont accueillis parfois jusqu'à l'âge de 20-25 ans dans des services spécialisés. Ces différences dans les pratiques entraînent des difficultés et des lenteurs dans l'orientation des jeunes au sein des différents services, en particulier lorsqu'ils sont pris en charge pour la première fois lors d'un épisode de crise aiguë au cours duquel la rapidité et la pertinence de cette orientation est cruciale pour favoriser l'atténuation des troubles voire la guérison.

La pédopsychiatrie, en tant que discipline, se définit aussi par le fait qu'elle concerne des personnes en état de dépendance. Au plan des pratiques, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent se caractérise d'ailleurs par une demande de soins qui n'est souvent pas le fait des individus concernés eux-mêmes mais qui est celle de leurs parents. Cela pose de manière particulière la question du consentement aux soins et celle de l'intégration de la famille dans le parcours de soins suivi par les patients.

Dans le cadre des demandes d'hospitalisation, un autre interlocuteur peut intervenir, la justice, par le biais d'une Ordonnance de placement provisoire (OPP). Cette OPP peut être demandée par les professionnels de santé contre l'avis de la famille. Cet aspect est extrêmement délicat à gérer et le mineur se trouve souvent au milieu de ce carrefour : justice, parents, soignants.

Par ailleurs, la loi de 2002 sur le droit des patients donne la possibilité au mineur de ne pas prévenir ses parents ou d'être représenté par un autre adulte.

En ce qui concerne les symptômes, les troubles mentaux dont souffrent les jeunes sont en général plus graves dans leurs manifestations que ceux touchant les adultes. En particulier, ils s'accompagnent d'une plus grande violence et d'un passage plus rapide à l'acte radical (crimes, délits ou suicides). En revanche, ces troubles mentaux aux manifestations plus spectaculaires sont dotés d'un caractère réversible. Ainsi, il faut souligner que nombre de jeunes ayant connu des épisodes de troubles parfois très graves peuvent parvenir à une complète guérison. Il en est ainsi, par exemple, des jeunes connaissant des épisodes délirants ou des jeunes anorexiques ou encore de ceux souffrant de troubles dépressifs plus ou moins sévères. Il faut noter aussi que, grâce à une prise en charge efficace, certains jeunes souffrant de pathologies psychiatriques peuvent parvenir à mener une vie complètement autonome en tant qu'adultes, même s'ils continuent à souffrir périodiquement de certains troubles.

La réversibilité des troubles dont souffrent les enfants et les adolescents est à mettre en relation avec le caractère évolutif des personnes traitées en pédopsychiatrie. De manière plus marquée que les adultes, les enfants et les adolescents sont dans une situation d'évolution biologique et psychique qui nécessite une très grande souplesse dans les discours et les modèles de traitement. Cette nécessaire souplesse plaide pour une prise en charge par des professionnels variés portant des regards différents sur les difficultés que rencontrent les jeunes.

L'espoir de guérison des enfants et des adolescents souffrant de troubles mentaux conduit à insister, dans le traitement de ces pathologies, sur l'importance d'une prise en charge qui ne coupe pas les jeunes de leur milieu de vie ordinaire, en particulier de la fréquentation de leurs pairs et de la poursuite d'une scolarité normale. Puisque nombre de jeunes malades ne le seront plus une fois adultes, il est nécessaire de favoriser autant que possible leur insertion sociale et de faire en sorte que les épisodes de troubles mentaux influent le moins possible sur le déroulement de leur parcours. En revanche, en cas de maltraitance

avérée, il est important de protéger le jeune, éventuellement de le séparer de sa famille et d'instaurer la présence de tiers lors des contacts futurs.

Le souci de ne pas couper l'enfant et l'adolescent de son milieu de vie ordinaire doit être évidemment concilié avec un souci de protection. En effet, la santé mentale des enfants et des adolescents est extrêmement dépendante du milieu familial, scolaire et social dans lequel ils évoluent. Pour cette raison, il existe un lien fort entre protection de l'enfance et prévention de la survenue de troubles psychiatriques. Les institutions de la protection de l'enfance, compétence partagée entre l'État et les départements, sont chargées de la prise en charge des enfants souffrant soit de maltraitances avérées (violences physiques, abus sexuels, violences psychologiques, négligences sévères) ou des enfants en situation de risque. En évitant que ces situations ne dégénèrent en cas de maltraitance avérée et aussi en soustrayant les enfants maltraités à l'influence de leur famille, les services de la protection de l'enfance jouent un rôle important dans le champ de la santé mentale. C'est la raison pour laquelle la détection et la prise en charge des enfants en danger sont des éléments importants dans le cadre d'une réflexion sur la pédopsychiatrie.

2. Augmentation du nombre des recours à la pédopsychiatrie

Le recours aux soins en psychiatrie générale est en forte croissance partout où il a pu être mesuré. La demande de soins est également en augmentation dans le champ de la pédopsychiatrie. Les études de la DREES (2007) font état d'une augmentation de 7 % des patients pris en charge depuis 2000. Le taux de recours global (rapport du nombre de patients suivis dans l'année rapporté à la population) aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, s'établissait à 28 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans en 2000 alors qu'il n'était que de 16 pour 1 000 en 1991 (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *Études et résultats*, sept. 2004). Plusieurs raisons permettent d'expliquer cette augmentation :

- un meilleur accès aux soins, surtout depuis 1945, début du développement de la protection sociale et résultant de plusieurs facteurs conjugués dont il est difficile de séparer les effets : urbanisation croissante, meilleure information délivrée sur les lieux de soins, moindre réserve à l'égard des institutions de santé mentale ;
- les modalités de prise en charge des patients ont beaucoup évolué : diminution des taux d'hospitalisation et de la durée des séjours hospitaliers, développement de la psychiatrie ambulatoire en milieu ouvert. Parallèlement à cette évolution, les techniques de soins sont en progrès, tant en ce qui concerne les soins médicamenteux que les techniques éducatives et rééducatives ;
- une attention soutenue a été portée par les pouvoirs publics à la santé des enfants et des adolescents ;

- dans certains milieux et dans certaines zones géographiques, le recours à la pédopsychiatrie fait même l'objet d'une relative banalisation. Celle-ci peut être mise en relation avec l'anxiété croissante des enfants et de leur entourage relativement à la réussite scolaire. Cette réalité ne manque pas d'interroger.

Au plan des pathologies, on constate une augmentation des recours aux soins pour les dépressions et une diminution de ceux concernant les retards mentaux. Les dépressions représentent ainsi un quart du total des recours aux soins. Plusieurs types de données épidémiologiques ont aussi permis de mettre en évidence, chez les jeunes, sur les vingt dernières années, une augmentation du taux de suicide et des conduites à risque comme l'abus d'alcool et de psychotropes. Les données internationales suggèrent qu'il en va de même à l'étranger. Certaines pathologies ne semblent pas être en augmentation ; c'est le cas par exemple de l'autisme ou de l'anorexie mentale. D'autres pathologies sont trop récentes dans leur définition pour pouvoir faire l'objet d'une comparaison sur le long terme (par exemple la boulimie).

3. La maladie mentale reste un facteur de stigmatisation et d'exclusion

Malgré les progrès dans les recours aux soins et dans la prise en charge à tous les âges de la vie, le fait de souffrir d'un trouble mental reste synonyme de difficultés d'intégration dans la vie sociale. Ces difficultés ne sont pas entièrement dues aux obstacles objectifs à la vie en société que recèlent les troubles dont souffrent les malades. Elles relèvent aussi du regard porté sur la maladie et donc de sa représentation sociale. Le rejet et l'exclusion dont sont victimes les malades mentaux commencent dès le plus jeune âge à produire leurs effets.

Il existe tout d'abord, dans la population générale, une méconnaissance relative à la nature des troubles psychiatriques, à leur diversité, leurs symptômes et aux possibilités de guérison. Cette ignorance est le terreau sur lequel peuvent fleurir tous les stéréotypes concernant la maladie mentale et aussi le rejet des malades, y compris des enfants à un âge très précoce.

La question de la dangerosité des malades fait l'objet de nombreux fantasmes qui ont leur source dans l'histoire ancienne de la maladie mentale. Elle reste un obstacle à l'intégration concrète des malades en raison de la peur qu'ils continuent à susciter, souvent de manière irrationnelle. L'enfermement des malades, sans autre alternative de prise en charge ou de soins, a évidemment beaucoup participé à leur stigmatisation par le reste de la population. Les parcours de soins en milieu ouvert contribuent lentement à changer le regard porté sur les malades.

En réalité, la question de la dangerosité des malades mentaux est très délicate à aborder. La dangerosité « pour autrui » est mise en avant et fait malheureusement l'objet d'un traitement médiatique, sous l'angle étroit du fait divers, particulièrement préjudiciable à une information pertinente sur le sujet. Il est important de rappeler que la violence du jeune est avant tout dirigée contre lui-même. En ce qui concerne certains adolescents, la frontière entre violence répétée et compulsive et troubles mentaux est particulièrement difficile à tracer par les professionnels eux-mêmes. Les études de la population carcérale montrent cependant qu'un nombre important de jeunes détenus souffraient de troubles mentaux avant de commettre l'acte pénal pour lequel ils sont poursuivis ou condamnés et se retrouvent en prison, sans que cette institution dispose des moyens de les soigner efficacement (rapport IGAS, 2004, *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques*).

C - L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

1. Des origines à la désinstitutionalisation

La loi du 30 juin 1838 impose l'existence d'un « asile d'aliénés » par département, cherchant ainsi à mettre fin à l'emprisonnement quasi systématique des personnes atteintes de maladies mentales plus ou moins sévères. C'est de cette loi que date la création progressive de la plupart des hôpitaux psychiatriques existant actuellement en France. À partir des années 1950 cependant, une remise en cause de l'internement des malades dans des lieux fermés s'est développée. C'est ce que l'on a appelé la « *désinstitutionalisation* » de la psychiatrie. La circulaire du 15 mars 1960 met en place la politique de secteur qui régit encore à l'heure actuelle la prise en charge des malades. La sectorisation s'est progressivement mise en place sur un double découpage, territorial et démographique : une équipe pluridisciplinaire est chargée d'assurer la continuité de la prise en charge, de la prévention à la réinsertion, sur une aire géographique délimitée (le secteur) d'environ 70 000 habitants (la moyenne est de 49 000 pour la psychiatrie des enfants et des adolescents). La sectorisation est la concrétisation d'une recherche d'une bonne adéquation entre offre de soins et besoins de la population. En 2000, la France comptait 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Chacun d'eux dispose d'une équipe pluridisciplinaire, rattachée à un établissement de soins qui prend en charge les enfants ou adolescents selon des modes et dans des lieux variés : en ambulatoire, à temps partiel ou complet, dans des structures de soins du secteur (hôpital) ou des établissements médico-sociaux ou sur des lieux de vie (école, domicile...).

2. Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, évolution et disparités

Le suivi des enfants et des adolescents en psychiatrie est essentiellement le fait des Centres médico-psychologiques (CMP). 97 % des patients sont suivis en ambulatoire et ce pourcentage varie peu selon les régions. Les prises en charge s'effectuent également en Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), en Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou en Hospitalisation de jour (HJ). Ces structures se trouvent souvent dans le même lieu. Alternative à l'hospitalisation à temps complet (où les patients sont placés sous surveillance 24 heures sur 24), la prise en charge en ambulatoire a pour avantage de ne pas couper les patients de leur milieu familial et social. L'hospitalisation est aujourd'hui réservée aux cas les plus difficiles, les plus lourds ou aux situations de crise aigüe. Pour les enfants et adolescents concernés par l'hospitalisation, le nombre moyen de journées de séjour a fortement diminué (42 jours en 2000). Cette tendance reflète à la fois une évolution des pratiques et une diminution du nombre de lits d'hospitalisation qui a été divisé par trois entre 1986 et 2000.

Il existe de fortes disparités entre les secteurs tant au niveau de leur activité que de leur organisation et de leurs moyens. Ces disparités sont pour partie liées au type d'établissement de rattachement (centre hospitalier général, établissement public spécialisé en psychiatrie, établissement privé participant au service public). Ni la réduction de la durée des séjours ni la diminution du nombre de lits d'hospitalisation ne s'est effectuée de manière homogène sur le territoire, ce qui entraîne des variations importantes dans le nombre de patients pris en charge en ambulatoire et dans les délais d'attente selon les secteurs et selon les régions. Les disparités entre secteurs se retrouvent aussi dans les dotations en personnel dont ils disposent. Ces différences sont plus marquées en ce qui concerne le personnel infirmier. Globalement, la tension sur les CMP s'est fortement accrue sous l'effet d'une stabilisation des moyens en personnel depuis 1988 conjuguée à une croissance de la demande de prise en charge et à une diminution de l'hospitalisation à temps plein. Pour une première consultation avec un médecin (hors urgence), le délai minimum d'attente est d'un mois dans 55 % des secteurs et de plus de trois mois dans 16 % des secteurs. Pour les premières consultations avec un autre professionnel (généralement un psychologue), les délais sont plus courts mais ils sont estimés à plus d'un mois dans 35 % des secteurs.

3. Les établissements médico-sociaux accueillant des enfants handicapés ou souffrant de troubles psychiques

Plus de 100 000 enfants et adolescents sont accueillis au sein d'un réseau d'établissements médico-éducatifs. L'importance du réseau des établissements qui offrent une prise en charge à la fois médicale et éducative constitue un trait caractéristique du dispositif français. Les 1 758 structures existantes relèvent du secteur médico-social. Ces établissements sont spécialisés par type de handicap. La prise en charge sanitaire des jeunes fait intervenir de nombreuses structures

spécialisées. La loi du 11 février 2005, ambitieuse en manière d'éducation, ne l'est pas autant en matière de santé. L'élaboration parallèle des lois de santé publique et de plans successifs traitant de thématiques comme les maladies rares ou l'autisme peuvent expliquer qu'il manque une vision politique globale des enjeux de santé des enfants handicapés. En outre, les structures spécialisées pouvant accueillir un enfant handicapé et assurer son suivi médical ne sont pas assez nombreuses. Ceci rend parfois difficile concrètement l'accès aux soins, ce que montrent plusieurs études.

Les principales structures médico-sociales concernées par les questions de santé mentale sont les **Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques** (ITEP). Les ITEP accueillent des enfants et des adolescents qui présentent des difficultés psychologiques telles qu'elles perturbent leur développement, les apprentissages et leur socialisation. Ils sont financés par l'assurance-maladie et accueillent environ 15 000 enfants et adolescents.

Les Instituts médico-éducatifs (IME) accueillent des enfants et adolescents avec une déficience intellectuelle et des troubles associés. Ils sont financés par l'assurance maladie, ainsi que par l'Éducation nationale en ce qui concerne la scolarité et accueillent 70 000 jeunes dans 1 229 établissements.

Les Services d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD) apportent un appui éducatif en milieu scolaire. Sur près de 40 000 places offertes par les SESSAD, 10 à 12 % accueillent des enfants qui présentent des troubles psychiques et du comportement.

Les CMPP sont des services médico-sociaux, ils assurent le dépistage des troubles, le soutien éducatif, la rééducation ou la prise en charge de l'enfant tout en le maintenant dans son milieu habituel. Ils accueillent des enfants et des adolescents présentant des difficultés d'apprentissage, des troubles psychiques, psychomoteurs, ou de comportement. Ces structures, placées sous l'autorité d'un pédiatre ou d'un pédopsychiatre sont composées de médecins, d'orthophonistes, de psychomotriciens, de psychologues, d'assistants sociaux ou de rééducateurs. 40 % des enfants suivis par les CMPP présentent des troubles névrotiques. Les CMPP sont les portes d'entrée dans les services de pédopsychiatrie.

Les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) sont des structures ambulatoires dédiées à la petite enfance accueillant environ 45 000 enfants. Ils ont une mission de dépistage, de diagnostic et de rééducation précoce des enfants. Ils accueillent 17 % d'enfants ayant des déficiences intellectuelles, 20 % des enfants ayant des déficiences psychiques, 27 % d'enfants présentant des troubles d'apprentissage et de la communication. Les CAMSP ont besoin de travailler très étroitement avec le milieu hospitalier et les inter-secteurs de pédopsychiatrie. Le maillage territorial de ces centres est insuffisant notamment dans les zones rurales.

Les Centres de ressources pour l’autisme (CRA) sont des structures régionales qui se développent depuis 2005. Leur mission est d’aider à l’amélioration du diagnostic de l’autisme et des troubles envahissants du développement. Ils aident les familles et les professionnels à accéder à l’information sur les pratiques de prise en charge des enfants présentant ces troubles. Il est nécessaire que ces centres puissent s’appuyer sur des équipes hospitalières spécialisées en pédopsychiatrie.

Les Centres d’accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) accueillent des enfants souffrant de troubles de la socialisation. Ces centres sont des structures intermédiaires entre les CMPP et l’hospitalisation de jour. Ils proposent des activités de groupe aux enfants pris en charge.

D’autres structures de prise en charge se développent à l’initiative d’équipes médicales locales comme celles de l’établissement public de santé mentale de Ville Evrard (Seine-Saint-Denis) qui semble être un bon exemple de prise en charge multiple et coordonnée au sein d’une même unité. L’établissement a en effet mis en place une Unité clinique pour adolescents (UCA) et, depuis 2009, un Institut soins-étude pour adolescents.

L’UCA de Ville Evrard se substitue à une hospitalisation à temps plein. Elle permet aux adolescents de poursuivre leur formation et les accueille de 16 heures jusqu’au lendemain matin. Elle est composée de cliniciens, d’infirmiers et d’éducateurs. Elle propose, par exemple, chaque soir une activité artistique conduite par un professionnel sans que cette activité soit une thérapie.

L’Institut soins-études propose une scolarité aux adolescents en classe de seconde, première et terminale pour leur éviter un va et viens entre lieux de soins et lycée. L’institut soins-études de Ville-Evrard accueille 36 élèves (26 externes et 10 internes).

Tableau 3 : Présentation synthétique des différentes structures

Structure	Statut	Mission	Rattachement	Financement	Public
Centre médico-psychologique (CMP)	Service rattaché à l'Hôpital	Unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organise des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile	Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	Budget de l'hôpital	Enfants Adolescents
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)	Service rattaché à l'Hôpital	Propose des activités à visée thérapeutique (musique, peinture, expression corporelle, théâtre...)	Hôpital (dépend de la sectorisation psychiatrique)	Budget de l'hôpital	Enfants Adolescents Adultes
Centre d'action médico-sociale (CAMSP)	Association	Prise en charge précoce du handicap de l'enfant. Conseil et soutien aux familles Structure ambulatoire	Structure médico-sociale Agence régionale de santé (ARS) et Conseil général	Assurance maladie 80 % Conseil général 20 %	0 à 6 ans
Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)	Association	Accueille des jeunes présentant des troubles psychiques nécessitant un accompagnement ponctuel ou régulier. Structure ambulatoire	ARS	Assurance-maladie	0 à 18 ans
Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP)	Association	Accueille des enfants en internat ou à la journée pour les accompagner dans leur développement et favoriser leur intégration en milieu scolaire	ARS	Assurance maladie	0 à 18 ans
Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD)	Association	Prise en charge précoce des enfants sous forme d'accompagnement des familles, de rééducation, d'aide au développement. Soutien lors de la scolarisation de l'enfant pour l'acquisition de l'autonomie et coordination des soins	Structure médico-sociale Assurance-maladie	Assurance-maladie	0 à 20 ans

Structure	Statut	Mission	Rattachement	Financement	Public
Centre de ressources pour l'autisme (CRA)	Association	Information des parents, formation des professionnels, coordination de la recherche dans le domaine de l'autisme	Structure médico-sociale ARS	Ministère des Affaires sociales	Enfants Adolescents Adultes
Institut médico-éducatif (IME)	Association	Accueille des jeunes déficients intellectuels ou ayant des troubles du comportement. Prend en compte les aspects physiologiques et psychologiques. Recourt à des techniques de rééducation (orthophonie, kinésithérapie, psychomotricité...)	ARS	Assurance-maladie	Enfants Adolescents

D - UNE GRANDE DIVERSITÉ DES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA PRISE EN CHARGE

Face aux enfants et aux adolescents souffrant de troubles psychiatriques se trouve un nombre important et varié de professionnels qui sont souvent eux-mêmes intégrés dans des structures aux statuts et aux missions multiples.

En amont de la prise en charge par des professionnels de la santé mentale, les enfants et les adolescents sont au contact des médecins généralistes, des pédiatres et des médecins de l'Éducation nationale. Le rôle de ces professionnels est essentiel pour le dépistage des troubles à un stade précoce et aussi pour l'information qu'ils délivrent aux patients et à leur famille une fois le diagnostic de troubles psychiatriques potentiels effectué. Quantitativement, la majorité des enfants et des adolescents souffrant de troubles psychiatriques est vue par un médecin généraliste qui est le premier recours. C'est donc d'abord au stade de la politique publique de santé générale des enfants et des adolescents que se situe un moyen important de prévenir les troubles psychiatriques ou de les déceler le plus tôt possible afin de les prendre en charge de manière adéquate. De plus, le plan psychiatrie santé mentale 2005-2008 comporte un axe sur la périnatalité : l'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes peut également participer à la prévention des troubles psychiatriques chez les enfants.

Dans le domaine de la santé mentale, les **psychiatres** sont les professionnels de santé dont l'éventail de compétences et de missions est le plus large. Ils sont les seuls à pouvoir définir et conduire, en lien avec les autres intervenants, une stratégie thérapeutique globale, alliant entretiens avec les patients et leur famille et traitement des maladies diagnostiquées à l'aide de médicaments ou de psychotropes. Dans leurs missions entre aussi, selon leur statut, la recherche médicale en santé mentale. Depuis quelques années, le débat autour de la démographie des psychiatres en France est vif, certaines études faisant état d'une pénurie générale de psychiatres et d'autres, plus qualitatives, soulignant le manque de temps consacré par les praticiens à leurs patients. La réalité fait apparaître un bilan en demi-teinte pour un secteur sur lequel les données statistiques disponibles sont nombreuses et désormais regroupées dans une étude de la DREES (*La prise en charge de la santé mentale,* Recueil d'études statistiques, 2007).

Cette spécialité médicale est celle qui enregistre le plus de professionnels en nombre absolu (13 600 en France métropolitaine). Les psychiatres représentent 6,6 % des médecins actifs en France et 13% des spécialistes. Cependant, la hausse du nombre de psychiatres depuis 1990 a été moins soutenue que celle de l'ensemble des professionnels de santé et le secteur est marqué par une arrivée importante de médecins étrangers. Les projections démographiques de la DREES évoquent en outre une diminution prévisible du nombre des psychiatres en activité de l'ordre de 30 à 40 % entre 2002 et 2025. Le secteur de la psychiatrie est d'ores et déjà marqué par le vieillissement constant de la profession et des difficultés à pourvoir les postes vacants au sein

des hôpitaux. La psychiatrie se trouve en 7ème position sur les 11 catégories dans l'ordre de préférence des choix de l'ensemble des étudiants en médecine. En termes de répartition, on observe un déséquilibre entre hospitalisation et ambulatoire. Le secteur hospitalier concentre et mobilise les trois quarts des ressources financières et celles réservées aux dispositifs ambulatoires sont insuffisants. 46 % des psychiatres exercent en hôpital ou en établissement privé participant au secteur public tandis que 47 % exercent leur activité en cabinet libéral. Davantage que la démographie globale des psychiatres, ce qui pose problème, c'est leur inégale répartition sur le territoire. Il existe d'ores et déjà une désertification médicale dans certaines régions. Le contraste est particulièrement visible entre le Nord et le Sud. Les communes rurales et de petite taille, tout comme les périphéries, sont particulièrement isolées au regard de l'offre en psychiatrie libérale. L'Île-de-France se démarque avec une densité de psychiatres libéraux très élevée. La DREES souligne que les comportements d'installation des psychiatres libéraux vers les zones sous-dotées évoluent peu mais davantage cependant que ceux des autres médecins. L'ensemble des facteurs précités concernant les équipements et les ressources humaines est source d'inégalité de la population dans l'accès aux soins psychiatriques. Cette inégalité (soulignée dans le premier bilan du plan psychiatrie santé mentale 2005-2008) est plus marquée pour la pédopsychiatrie parce que les pédopsychiatres libéraux sont moins nombreux en comparaison de la psychiatrie générale.

Les **psychologues** sont au nombre de 36 000 exerçant en mode libéral ou salarié. 80 % des psychologues salariés travaillent dans le secteur public. Ils sont environ 4 000, soit environ un pour quinze infirmiers. Les psychologues cliniciens ont suivi une formation universitaire Licence-master-doctorat (LMD). Le diplôme obtenu est un master 2 (bac + 5) de psychologie qui comporte des enseignements théoriques et dont le programme est différent selon les universités. Les stages accomplis varient d'un étudiant à l'autre. Selon la DREES (rapport 2003), les effectifs de psychologues ont augmenté fortement ces dernières années. Les psychologues sont, avec les infirmiers, un élément majeur de la composition des équipes pluridisciplinaires à l'hôpital ou dans les Centres médico-psychologiques (CMP). Ils prennent en charge le suivi des patients et de leur famille et construisent les dispositifs d'intervention à visée préventive ou curative. Les psychologues ont une place prépondérante en ce qui concerne l'accueil des patients hors urgence (en psychiatrie générale, ce sont les infirmiers qui assurent cet accueil hors urgence). Compte tenu des éléments énoncés en matière de démographie des psychiatres (vieillissement de la profession, diminution attendue du nombre de professionnels dans les années à venir), la question de la répartition des tâches entre psychiatres et psychologues doit faire l'objet d'une attention particulière et d'une réflexion de la part des professionnels eux-mêmes et des pouvoirs publics.

Outre les infirmiers et les psychologues, les équipes de pédopsychiatrie comportent également des psychomotriciens, des orthophonistes, des ergothérapeutes et des masseurs-kinésithérapeutes.

Parmi les intervenants en pédopsychiatrie, à côté du personnel médical et paramédical, se trouvent les acteurs du secteur médico-social : les éducateurs spécialisés et les assistants sociaux. Les éducateurs spécialisés ont un rôle essentiel car ils établissent un lien entre les soins prodigués aux malades et l'insertion sociale de ces derniers. Ainsi, il revient aux éducateurs de conseiller et d'orienter les jeunes en matière de choix éducatifs, de logement et de loisirs. Ils font le lien avec les institutions proposant des solutions d'insertion (comme les missions locales). Les éducateurs peuvent aussi assumer une fonction plus globale de référent du suivi médico-psychologique. Les **assistants sociaux** sont chargés d'intervenir auprès des enfants et des adolescents ainsi que de leurs familles pour améliorer leurs conditions de vie et prévenir leurs difficultés d'ordre économique, social ou culturel. Ils aident les patients à instruire les dossiers administratifs en vue de l'obtention des droits. Dans les équipes pluridisciplinaires, les assistants sociaux favorisent la prise en compte de l'environnement familial et socio-économique des patients. Par ailleurs, dans le cadre de la protection de l'enfance, ils mettent en place un suivi médicalisé et psychologique, notamment pour les jeunes qui ont fait l'objet d'un signalement.

II - LES DIFFICULTÉS DE LA PÉDOPSYCHIATRIE

A - UNE DÉTECTION TROP TARDIVE DES TROUBLES MENTAUX

Les progrès dans la prise en charge de la maladie mentale des enfants et des adolescents doivent s'accompagner de progrès équivalents dans le dépistage afin d'orienter au mieux et le plus tôt possible les enfants et les adolescents vers des soins spécialisés. Or, les études montrent que le dépistage des maladies mentales est souvent tardif en France. Les véritables troubles psychiatriques se cachent fréquemment derrière un mal être diffus des jeunes et ce que l'on appelle la « crise d'adolescence ». En ce qui concerne les enfants, les pédiatres et les généralistes ne détectent pas précocement certains troubles, comme l'autisme par exemple. Leur connaissance des avancées scientifiques, dans le domaine du repérage des troubles, est la plupart du temps insuffisante, comme leur formation continue en la matière. Il en va de même pour les médecins de l'Éducation nationale qui, en raison de l'insuffisance chronique des moyens, ne peuvent jouer un rôle en matière de repérage des troubles. Un bilan complet de la pathologie de l'enfant peut nécessiter un délai très long (un an voire un an et demi). À titre d'exemple, en Seine Saint Denis, la durée moyenne d'attente pour une première consultation en CMPP est de 50 jours (dans certains centres, les délais varient entre 3 et 5 mois). Ce délai exclut mécaniquement des soins un grand nombre d'enfants. Ces derniers, non vus au moment de l'émergence des troubles, constituent une bonne partie des enfants reçus ultérieurement en urgence en raison de la gravité de la situation, souvent détériorée par rapport à la première demande.

Le retard dans le dépistage est d'autant plus préjudiciable qu'il annonce des difficultés supplémentaires dans le traitement. De plus, les détections tardives sont également à l'origine d'un passage à l'acte délictuel chez les jeunes. Ainsi, il apparaît que les schizophrènes non traités ont un risque de commettre un acte violent huit fois supérieur à celui de la population générale (enquête INSERM). Les jeunes souffrant de troubles graves de l'humeur non détectés et soignés sont ceux qui ont le plus de risques de passer à l'acte suicidaire. À l'inverse, le diagnostic et la prise en charge précoces des enfants constituent en soi une prévention des troubles secondaires. Ils permettent aussi une orientation pertinente des enfants vers l'éducation spécialisée ou non. Il convient, pour l'ensemble de ces raisons, de favoriser un dépistage plus précoce des troubles mentaux des enfants et des adolescents en France, en s'appuyant notamment sur les meilleures pratiques en vigueur dans d'autres pays.

B - Une formation insuffisante des professionnels aux problèmes de la pédopsychiatrie

L'amélioration du diagnostic précoce et de la prévention suppose de mieux former les professionnels qui se trouvent en première ligne au contact des enfants et des adolescents. Aujourd'hui, médecins généralistes, médecins et infirmiers scolaires, pédiatres ne reçoivent pas une formation suffisante en psychiatrie. Le cursus de formation initiale ne comporte pas de stage en psychiatrie et la formation continue en la matière ne permet pas de pallier cette carence. L'existence d'écoles médicales contradictoires est un frein à l'amélioration du diagnostic précoce et à la prévention. Or, il semble qu'un consensus doit s'établir sur le fait qu'un enfant doit être suivi par différents professionnels même s'ils ne sont pas de la même école.

Par ailleurs, alors qu'ils pourraient constituer un maillon essentiel, les enseignants et l'ensemble de l'équipe éducative ne reçoivent pas la formation leur permettant de contribuer au repérage précoce des enfants présentant des signes de troubles mentaux et d'en parler aux parents de façon pertinente.

C - Un travail en réseau en progrès mais encore insuffisant

La multiplicité des intervenants et des structures dans le domaine des troubles mentaux des enfants et des adolescents crée des effets de cloisonnements préjudiciables à une prise en charge globale des malades. En particulier, le cloisonnement entre secteur sanitaire et secteur socio-éducatif demeure patent. Il fait l'objet de plaintes répétées et importantes de la part des jeunes et de leur famille qui souffrent ensemble du manque de coordination voire de l'absence de transmission des informations les concernant entre les différents professionnels auxquels ils ont affaire. Un cloisonnement existe aussi, à l'intérieur même du secteur sanitaire, entre l'hôpital et les CMPP, entre les CMPP et les professionnels exerçant en libéral. L'insuffisant travail en réseau des professionnels est parfois dû à un manque de moyens et d'effectifs qui rend quasi impossible d'effectuer les tâches de coordination, celles-ci n'étant en outre pas correctement prises en charge d'un point de vue financier. Mais il est également parfois dû à une culture de l'exclusivité du côté des psychiatres, culture héritée du modèle asilaire qui offrait en son sein une prise en charge totale du malade, dans l'ensemble des aspects de son existence. La remise en cause de ce modèle, depuis de nombreuses années maintenant, et les progrès accomplis dans les traitements en milieux ouverts et en ambulatoire rendent nécessaire la coopération avec l'ensemble des professionnels qui interviennent aux côtés des psychiatres. Les aspects liés à la scolarité, à l'insertion professionnelle, au logement voire aux loisirs des personnes atteintes de troubles mentaux ont toute leur place dans le cadre d'un suivi sanitaire de longue durée et visant à l'intégration citoyenne des patients. Le plan psychiatrie santé mentale fixe comme objectif ambitieux à la politique publique de parvenir à « *un*

renforcement de la coordination et de la complémentarité des réponses dans une approche centrée sur les besoins globaux de la personne ».

Ces réponses doivent être déclinées en objectifs opérationnels et en moyens. L'absence de coordination est, en effet, génératrice d'incohérence, voire de retard de prise en charge et/ou de concurrence inutile.

D - La difficulté à prendre en charge les urgences et à répondre au désarroi des familles

La crise en psychiatrie se définit comme une période où domine un risque vital (suicide), parfois une dangerosité pour autrui et avant tout une grande souffrance du malade et de son entourage. Elle nécessite un accueil en urgence dans de bonnes conditions, surtout lorsque la crise inaugure une entrée dans la maladie. Or, sur le territoire, l'accueil en urgence est organisé de manière très variable selon les secteurs. Les centres de crise sont des unités spécialisées en psychiatrie qui permettent une hospitalisation à temps complet d'une courte durée et d'entretenir des liens avec les autres professionnels, notamment les institutions médico-sociales. Ils sont une alternative pertinente à l'accueil aux urgences hospitalières générales qui ne traitent que l'aspect proprement médical de la crise. Les centres de crise permettent également de mieux prendre en considération le désarroi des familles des malades en les recevant de manière prolongée lors d'entretiens spécifiques. Les centres de crise ne sont malheureusement pas aujourd'hui en nombre suffisant pour permettre un accueil en urgence satisfaisant dans l'ensemble des régions. Seuls 24 % des secteurs peuvent y adresser des patients. 78 % des secteurs orientent les patients vers les urgences de l'hôpital général et 41 % vers un médecin de ville.

E - L'écueil de la continuité des soins

La difficulté à assurer la continuité des soins est un des problèmes majeurs de la pédopsychiatrie, en particulier en ce qui concerne les adolescents. En effet, si la file d'attente pour un premier rendez-vous s'est allongée (de manière variable selon les secteurs), si les urgences sont parfois prises en charge de manière chaotique, ce dont se plaignent surtout les patients et leurs familles, c'est de l'absence de continuité dans les soins et la prise en charge. La tendance à la dilution des soins de l'enfant et de l'adolescent augmente. À titre d'exemple, en Seine Saint Denis, un enfant qui entre dans la file active de soins, recevra en moyenne 10 soins dans l'année (consultations avec un pédopsychiatre, un psychologue, un orthophoniste, un psychomotricien...). Or, la fréquence des soins devrait être d'un par semaine. Le non-remboursement par la sécurité sociale des soins dispensés par certains professionnels en libéral, psychologues et psychomotriciens notamment, représente un frein important à cette prise en charge continue.

Les soins en santé mentale ne sont bien souvent efficaces que prodigués dans la durée. Or, nombre de jeunes en situation difficile (rupture familiale, consommation de drogues, errance géographique, délinquance) et souffrant de troubles ont été vus une fois en consultation, voire ont été hospitalisés brièvement à temps complet, mais la prise en charge n'a pas été poursuivie au-delà de ce premier contact et, en cas de reprise, il n'est pas toujours possible de revoir la première équipe. Pourtant, l'hospitalisation n'est pas une solution définitive, d'autant moins que sa durée est de plus en plus réduite en moyenne. Elle doit s'inscrire dans un processus global de soins, dans une trajectoire thérapeutique, se poursuivant en aval de manière préparée et concertée avec la famille. Cette absence de continuité des soins a plusieurs origines. D'une part, le cloisonnement entre les institutions (hôpital, foyers médico-sociaux, familles d'accueil) ne permet pas, lorsqu'il est marqué, de construire un parcours de soins sans rupture pour le patient. D'autre part, l'organisation territoriale des secteurs est parfois gérée de manière rigide, ce qui aboutit à dénier des soins à des jeunes sur la base de leur domiciliation alors qu'ils travaillent quotidiennement près du CMPP et peuvent donc s'y rendre facilement dans la journée. Enfin, les ruptures dans la continuité des soins peuvent aussi provenir, dans les cas les plus problématiques, d'un refus de soins de la part du patient. Les jeunes atteints de troubles graves, comme la schizophrénie, se caractérisent en effet par un déni de leur maladie et usent de tous les moyens pour se soustraire aux équipes de soins. Dans ce cas, l'hospitalisation d'office est souvent requise mais la sortie de l'hôpital est très délicate à gérer car le jeune, potentiellement très fragile, a tendance à disparaître sans donner de nouvelles, ou à se soustraite aux soins lorsqu'il devient majeur. Les familles sont nombreuses à témoigner de sorties non préparées et n'hésitent pas parfois à parler de mise en danger de la vie du jeune.

III - PROPOSITIONS

Délais excessifs de prise en charge, démographie médicale préoccupante, importance du coût des soins laissés à la charge des familles, carence de la réponse apportée aux troubles des adolescents... Si d'indéniables progrès ont été accomplis, le dépistage précoce et la prise en charge rapide des enfants et des adolescents constituent toujours les points noirs de la pédopsychiatrie. Or, même si leur nombre est parfois insuffisant dans certaines régions, voire leur accès dans le secteur libéral non remboursé, comme pour les psychologues, les praticiens existent. Leur mise en réseau apparaît aujourd'hui indispensable pour créer une dynamique et sortir parents et enseignants de leur isolement. L'hôpital aurait toute sa place, dans ce dispositif, mais n'en serait pas le seul acteur.

Définir, dans un plan pour la pédopsychiatrie, une véritable stratégie en faveur de la santé mentale des enfants et adolescents est un moyen de fixer des priorités, de les inscrire dans un calendrier précis, d'évaluer les effets obtenus et d'apporter les mesures correctrices qui s'imposent. La mise en place d'une véritable politique de dépistage précoce et d'une meilleure organisation de l'offre de soins, notamment par un partenariat « public/privé », pourraient constituer les deux principaux volets de ce plan.

La détection tardive des troubles débouche sur une prise en charge lourde. Cette issue n'est pas seulement coûteuse pour la collectivité, elle est dramatique pour la qualité de vie future de l'enfant ou de l'adolescent.

Ces éléments conduisent le Conseil économique, social et environnemental à formuler les propositions ci-après.

A- Favoriser la prévention à travers un repérage précoce

Le repérage précoce est un enjeu clef. Détectés tôt, chez les enfants dont le cerveau continue de se développer même après la naissance, les troubles sont moins graves et, dans certains cas, peuvent disparaître. En outre, ce repérage permet la mise en place de mesures correctrices et favorise le maintien des enfants dans des structures ordinaires. En la matière, des progrès importants ont d'ores et déjà été réalisés notamment par le dépistage des troubles et handicaps en néonatalité ou pour certaines pathologies comme l'autisme qui fait actuellement l'objet d'un plan spécifique pour la période 2008-2010. Cet effort doit être poursuivi et étendu en mettant, dans un premier temps, l'accent sur le dépistage dès l'entrée à la maternelle. Même si tous les enfants ne suivent pas cet enseignement, il marque pour nombre d'entre eux, l'entrée dans une collectivité.

Aussi, pour intervenir en amont, et établir rapidement un premier diagnostic, les différents acteurs (enseignants, médecins généralistes, médecins et infirmiers scolaires, etc.) doivent être mieux formés à la détection des troubles.

1. Sensibiliser l'ensemble des acteurs de la chaîne de santé

1.1. Consolider la formation initiale et continue des professions médicales

- ♦ Renforcer l'enseignement de la pédopsychiatrie dans les programmes des études médicales

Dans le cadre de la réforme Licence-master-doctorat (LMD) actuellement en cours, la durée de ce module de formation obligatoire doit être suffisante pour dresser un panorama des signes cliniques des troubles des enfants et adolescents. Outre le repérage des troubles, leur caractère polyfactoriel, les facteurs de risque liés à l'environnement social ou familial (hospitalisation dans un hôpital psychiatrique de l'un des parents par exemple) doivent être abordés.

- Rendre obligatoire un stage d'un semestre dans une unité psychiatrique pour l'internat de médecine générale

Le médecin généraliste est souvent le premier interlocuteur des familles et joue un rôle important dans le repérage des pathologies. Il doit être formé pour assumer pleinement cette fonction dans le domaine de la santé mentale.

- Inscrire la santé mentale dans les orientations nationales de santé publique pour la formation continue obligatoire des médecins libéraux

- Élaborer des guides pratiques destinés aux praticiens pour faciliter le repérage

La formation médicale continue, voire la presse médicale, constituent des vecteurs utiles de diffusion de ces informations.

- Informer les médecins généralistes et les pharmaciens, *via* notamment leurs ordres professionnels, sur les interlocuteurs et structures auxquels ils peuvent adresser les enfants

1.2. Sensibiliser les professionnels au repérage des troubles et des handicaps

- Sensibiliser l'ensemble des professionnels (orthophonistes, psychomotriciens, psychologues...) à l'importance de leur rôle dans la détection des troubles psychiques

Seules les consultations des orthophonistes sont actuellement prises en charge, sur prescription médicale, par l'assurance maladie. Dès lors, les enfants leur sont souvent adressés pour un bilan, notamment par les enseignants qui peuvent recommander cette démarche aux parents. D'autres professionnels, dont les actes ne sont pas remboursés en libéral, comme les psychomotriciens par exemple, peuvent également être sollicités. La prise en charge, sous certaines conditions, de leurs consultations est d'ailleurs préconisée (cf. infra). Cette action doit trouver sa place dans la formation initiale et continue de ces professionnels.

- Promouvoir, dans le cadre de la formation continue, des journées de sensibilisation interdisciplinaires

Ces journées favorisent les rencontres de professionnels issus d'horizons et d'écoles divers (médecins, psychologues, psychomotriciens...). Ces échanges de bonnes pratiques contribuent à construire un réseau. Elles peuvent être l'occasion d'une rencontre avec les associations de parents afin, dans leurs pratiques, de mieux orienter et accompagner les familles.

2. Associer l'école au repérage précoce des troubles

L'école, lieu de socialisation des enfants, de confrontation à la « norme » du groupe peut favoriser la révélation des symptômes.

Or les principaux acteurs, à savoir les enseignants et les médecins et infirmiers scolaires, disposent en la matière de fort peu d'outils.

2.1. Permettre aux enseignants de jouer un rôle dans la politique de repérage et de prévention sanitaire

- Intégrer dans la formation initiale et continue des enseignants des modules et des études de cas

L'objectif est de favoriser leur implication en précisant clairement leur rôle au regard des enfants et des parents : comment repérer les troubles, comment parler aux parents, comment les inciter à consulter.

Le repérage des troubles devrait être inscrit dans le cahier des charges de la formation initiale et continue des maîtres afin de doter les enseignants d'un socle de connaissances minimales et de les aider à adopter une attitude adaptée.

Ainsi les enseignants devraient avoir accès à des lieux d'échanges réguliers avec des spécialistes pour pouvoir discuter des difficultés rencontrées et des suites à donner.

- Organiser une sensibilisation spécifique pour les enseignants de maternelle et les directeurs de ces établissements

L'entrée en maternelle constitue une période de socialisation très importante pour l'enfant. Parfois, pour ceux gardés au domicile ou par une assistante maternelle, il s'agit de la première confrontation au groupe et à ses contraintes. Les premiers troubles peuvent alors se révéler. Faire la part des choses, entre un enfant turbulent et dynamique et un trouble réel est malaisé dans un contexte où la recherche de performance scolaire débute parfois dès la grande section de maternelle. Or, les enseignants manquent d'outils et d'interlocuteurs.

Proposer une sensibilisation commune aux enseignants de maternelle et aux directeurs permet de créer une dynamique au sein du groupe scolaire. Sortir de son isolement, chercher ensemble les mots justes pour évoquer un constat qui pourrait être lourd de conséquence, tels sont les apports de ce type de dispositif. Objet d'une évaluation rigoureuse, dont les modalités seraient définies en amont, ce dispositif pourrait être progressivement généralisé à l'ensemble des enseignants du primaire.

- Associer les associations de parents à ce dispositif de sensibilisation

Les associations de parents doivent être associées à ces journées de sensibilisation afin de faire part de leur expérience et de répondre concrètement aux questions des enseignants. À l'issue de ces journées, des dépliants simples indiquant, par exemple, les adresses des associations de parents dans le département seraient remis aux participants.

- Créer un réseau de psychologues associés auprès de chaque académie

Chaque académie serait dotée d'un réseau de psychologues référents et d'associations spécialisées auxquels les enseignants pourraient s'adresser en cas de difficulté : doute sur un repérage, incompréhension des parents, etc.

Toutes ces propositions poursuivent un objectif commun, impliquer l'enseignant dans ce repérage et lui permettre d'accéder à un réseau.

2.2. Revaloriser la fonction de médecin de l'Éducation nationale

- Revaloriser la fonction des médecins de l'Éducation nationale, et renforcer leur nombre, comme acteurs de la politique de santé.

L'articulation de leurs missions avec l'ensemble de la filière santé mentale doit être privilégiée y compris dans sa dimension régionale.

En outre, la revalorisation de cette profession et un meilleur maillage du territoire pourraient favoriser la réduction des coûts ultérieurs de prise en charge de ces jeunes.

- Recommander aux jurys d'interroger les candidats à la fonction de médecins de l'Éducation nationale afin de mesurer leur intérêt pour les questions de santé mentale

Les médecins sont en effet recrutés par voie d'un concours sur titres et travaux complétés d'une épreuve orale.

- Mieux prendre en compte les aspects de santé mentale lors du stage à l'école nationale de la santé publique de Rennes

- Renforcer les liens avec les enseignants

Des dispositions relatives au rôle du médecin de l'Éducation nationale en termes de dépistage des troubles mentaux seraient inscrites dans le plan de santé mentale. Ce dépistage pourrait avoir lieu lors des visites médicales, dont l'importance doit être soulignée. En outre, le médecin de l'Éducation nationale doit être clairement désigné comme l'interlocuteur pour l'enseignant et la famille.

3. Mieux prendre en compte la spécificité de « l'adolescence »

L'adolescence constitue un autre moment clef du dépistage. Certains troubles se manifestent au moment de la puberté et sont trop souvent désignés sous le vocable flou de « mal être de l'adolescence ».

3.1. La détection chez les jeunes scolarisés

- Sensibiliser les infirmiers scolaires à la détection des troubles chez les adolescents

Dans les collèges et les lycées, les infirmiers scolaires sont des interlocuteurs privilégiés pour les jeunes (74 % des adolescents échangent avec l'infirmière scolaire ; chiffres INSERM). Ces infirmiers dispensent un message de prévention en matière d'addiction à l'alcool ou à la drogue et disposent à cet effet d'un certain nombre de plaquettes d'information. La détection des troubles est en revanche plus complexe et l'organisation de journées de sensibilisation avec des médecins et des infirmiers psychiatriques doit contribuer à l'émergence de bonnes pratiques.

3.2. La détection chez les jeunes en voie de rupture scolaire

- Donner au jeune en risque de rupture scolaire la possibilité d'obtenir un rendez-vous rapide avec le médecin ou l'infirmier scolaires ou l'assistante sociale de l'établissement

- Mettre en place un suivi pour les jeunes en situation d'absentéisme scolaire

Si le « décrochage » scolaire n'est pas toujours un signe de souffrance psychique, les refus répétés du jeune et de sa famille de se rendre aux rendez-vous proposés par l'autorité scolaire, et leur déni de la situation, doivent toujours être pris en compte. Pour les mineurs, un signalement auprès des services sociaux des départements est une voie de recours possible.

3.3. La sensibilisation des professionnels

- La sensibilisation des chefs d'établissements de collèges et de lycées et des conseillers principaux d'éducation interviendrait lors d'une journée ad hoc réunissant professionnels et associations. Elle serait complétée, si nécessaire, par un recours aux psychologues associés à l'académie (cf. supra).

- Sensibiliser les médecins du travail au dépistage des troubles psychiques chez les jeunes apprentis

3.4. Associer le dépistage des troubles à la communication sur les addictions

Des messages de prévention de santé publique sont ciblés sur les adolescents pour la prévention des addictions ou des conduites à risque. La mise en valeur, à travers l'un de ces spots, de certains signes comme le refus de communiquer, l'enfermement dans sa chambre, etc. favoriserait la prise de conscience, du jeune et de sa famille, sur l'existence d'un mal être plus profond qui dépasse « la seule crise d'adolescence ».

Ces messages généraux doivent être relayés au sein de l'institution scolaire (organisation de rencontres avec les professionnels...).

B - MIEUX DÉFINIR ET ORGANISER L'OFFRE DE SOINS

1. Penser l'offre en termes de réseaux afin de garantir la continuité des soins

Le manque de structures adaptées peut, dans certains territoires, retarder considérablement le diagnostic. Or le réseau existant est souvent sous utilisé. Ainsi, le secteur libéral, médecins généralistes et pédiatres, qui sont souvent les premiers consultés, ne contribue pas suffisamment au repérage des troubles et à l'orientation des parents pour les inciter à établir un bilan. Dans l'attente d'un rendez-vous à cet effet, d'autres professionnels pourraient prendre le relais.

1.1. Raccourcir les délais de prise en charge

- ♦ Assurer la prise en charge par l'assurance maladie des professionnels capables d'intervenir dans la phase amont de l'établissement d'un bilan

Les parents orientés vers un service de pédopsychiatrie sont confrontés, selon les régions, à des délais très variables. Le rendez-vous obtenu, si un bilan est nécessaire, un délai de 6 à 9 mois va encore s'écouler avant que l'enfant ou l'adolescent ne puisse bénéficier d'une consultation dans une structure publique. Il est possible de mettre à profit ce délai pour entamer un travail avec l'enfant et commencer à mettre en place un suivi. Or, hormis les consultations du pédopsychiatre, celles des autres intervenants libéraux, psychologues, psychomotriciens, etc., ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie. Cette prise en charge pourrait être assurée dans le cadre d'un protocole discuté avec l'assurance maladie, prenant en compte la nécessité de la durée pour bâtir une relation de confiance avec le jeune.

- ♦ Doter les psychologues d'un véritable statut

La question des compétences déléguées aux psychologues, de leur capacité à accompagner une thérapie et de la reconnaissance des actes réalisés, fait actuellement l'objet d'une concertation. Il serait toutefois souhaitable que l'ensemble des éléments relatifs à la formation, à la nature des stages accomplis,

aux diplômes obtenus, etc., débouche sur la définition d'un véritable statut pour l'exercice libéral de cette profession.

1.2. Favoriser la polyvalence entre les approches

- Diffuser des référentiels sur les différentes écoles afin de faciliter la continuité de la prise en charge et de mieux prendre en compte une approche pluridisciplinaire

Les différentes écoles, approche analytique ou comportementaliste, par exemple, ne sont, contrairement aux pays anglo-saxons, pas perçues comme complémentaires. Cette posture a un impact en termes de prise en charge des patients. L'approche initialement retenue sera conservée pour toute la durée du traitement, au détriment très souvent de l'efficacité, de la fluidité et de la proximité du parcours de soins. Les parents devraient être très largement associés à l'analyse et à la prise de décision.

- Reconnaître financièrement les tâches de coordination

La Valorisation de l'activité psychiatrique (VAP) équivaut à une tarification à l'acte et conduit à méconnaitre le poids des tâches de coordination qui garantissent pourtant la continuité des soins. Aussi, il semble préférable de les financer par la subvention globale et d'en contrôler l'usage par le biais d'indicateurs afin de revaloriser la dotation des établissements très impliqués dans ce type de démarche.

2. Mieux organiser cette offre

2.1. Garantir un nombre suffisant de praticiens intervenant dans ce secteur

- Réserver un nombre de postes profilés spécifiquement « pédopsychiatrie » à l'internat

La démographie médicale de cette spécialité est particulièrement préoccupante et le *numerus clausus* doit, *a minima*, garantir le maintien du nombre de professionnels intervenant dans ce secteur.

- Assouplir, sous l'égide de l'Agence régionale de santé (ARS), l'accès aux structures sanitaires et médico-sociales dépendant de plusieurs secteurs géographiques et favoriser les passerelles entre toutes ces structures

Les ARS disposent désormais des crédits destinés à la prévention, au secteur sanitaire et médico-social. Or la rigidité des règles de prise en charge, notamment en termes de rattachement « administratif » à une structure, nuit à la facilité d'accès et parfois à la richesse du parcours de soins. L'assouplissement des règles de domiciliation est de nature à favoriser la qualité et la continuité de la prise en charge, données fondamentales en matière de santé mentale.

2.2. Repenser le partenariat public/privé

- Faciliter la prise en charge et la complémentarité entre les deux secteurs

L'hôpital public reste au cœur du dispositif, toutefois il ne peut intervenir seul sur le champ de la santé mentale. L'ARS doit promouvoir des outils de contractualisation de nature à favoriser la complémentarité de la prise en charge par le secteur libéral et médico-social.

3. Accompagner les familles à toutes les étapes du processus

- Permettre aux familles de partager leurs interrogations sur le comportement de leurs enfants avant toute « médicalisation »

En amont de toute orientation médicalisée, les parents de jeunes enfants (non scolarisés) peuvent avoir besoin d'avis de spécialistes sur le comportement de leurs enfants. Des lieux d'accueil ouverts ont été créés par certaines municipalités avec l'appui des conseils généraux. Ils permettent d'observer les enfants en petits groupes en présence des parents et de dédramatiser une bonne part des difficultés d'éducation en les partageant entre parents ou avec des spécialistes présents. Ce type de structure existe aussi pour l'accueil des adolescents, qui peuvent trouver une oreille attentive à leurs questions, avant tout recours à des médecins. Leur multiplication serait sans aucun doute utile pour faire le tri en amont des troubles pathologiques et des difficultés temporaires de nature éducative.

- Dédramatiser l'accès aux Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

Les maisons départementales des personnes handicapées créées par la loi de février 2005 sont des guichets uniques qui associent l'ensemble des professionnels. Elles correspondent à un besoin maintes fois exprimé par les associations, de parents, de patients et de professionnels, et doivent donc être maintenues et bénéficier d'un financement pérenne. Elles proposent un parcours à l'enfant et à sa famille, mais le terme même de « maison des personnes handicapées » peut faire peur aux parents et les détourner de cette structure. L'orientation vers ce type de structure doit donc faire l'objet d'un accompagnement, en particulier s'il intervient avant le premier bilan

Le changement de dénomination de ces maisons départementales du handicap peut également être envisagé afin d'en dédramatiser l'accès.

- Doter les Auxiliaires de vie scolaire (AVS) d'un véritable statut

La prise en charge du handicap physique et du trouble psychique ne requiert pas les mêmes aptitudes. Or cette distinction est trop peu prise en compte par l'école dans le profil et la qualification des AVS, ce qui nuit à l'intégration scolaire des jeunes souffrant de pathologies mentales.

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDPAH) décide de l'attribution d'un AVS, généralement pour la durée de l'année scolaire.

L'AVS est recruté par l'Inspection d'académie sur la base d'un appel à candidature. Il bénéficie d'une adaptation à l'emploi très limitée, en particulier pour l'accompagnement d'enfants présentant des troubles du comportement. Il intervient le plus souvent à temps partiel et est en charge d'un ou plusieurs enfants.

Il paraît aujourd'hui nécessaire de garantir la qualité et la continuité de l'accompagnement des enfants, en engageant des actions favorisant la complémentarité entre les AVS recrutés par le ministère de l'Éducation nationale et les AVS recrutés par les associations agréées par ce ministère.

Ces associations doivent jouer un rôle mieux intégré qu'aujourd'hui dans le dispositif d'accompagnement des enfants et des adolescents :

- en termes de formation, initiale et continue, en contribuant à la construction d'un véritable parcours de formation, quel que soit le statut de l'AVS (éducation nationale ou associatif), et en mettant en place des supervisions hebdomadaires de ces personnes par des psychologues référents attachés aux associations. Cette formation est particulièrement nécessaire pour accompagner les enfants souffrant de troubles du comportement ;

- en termes d'activité des AVS, en leur permettant d'intervenir à l'école mais également d'accompagner l'enfant dans ses activités thérapeutiques ou périscolaires, ceci généralement dans le cadre d'un poste à temps plein.

Les pouvoirs publics devront prendre rapidement position sur la politique qu'ils entendent mener en matière de recrutement et de gestion des AVS. Si la politique actuelle, consistant à confier à des associations agréées le recrutement et la gestion des AVS doit être poursuivie, il est nécessaire d'en définir les conditions, les limites et le financement. Dans cet esprit, le décret n° 2009-993 du 20 août 2009 pourrait constituer une première étape. Il autorise en effet les associations signataires d'une convention avec l'inspecteur d'académie à recruter, moyennant le versement d'une subvention, des AVS de l'éducation nationale arrivant en fin de Contrat à durée déterminée (CDD). Au-delà de ce texte qui traite de la seule question financière, l'agrément d'associations « partenaires », par l'Éducation nationale, apporterait les garanties nécessaires aux attentes des chefs d'établissements, des enseignants et des familles.

La pérennité de ces AVS pourrait être assurée, à défaut de prise en charge globale par l'État, partiellement par des contrats d'adaptation à l'emploi, d'emplois-tremplins (ou équivalents), complétés par un financement des familles, lui-même pris en charge par les compléments consentis par les MDPH ou par la Prestation de compensation du handicap (PCH).

Une telle évolution, applicable à l'ensemble des AVS, quel que soit leur statut, favoriserait leur professionnalisation et la reconnaissance de leur activité.

- ♦ Inscrire l'intégration des jeunes souffrant de handicap ou de troubles psychiques dans le projet d'établissement

Cette intégration est garantie par la loi de février 2005 pour l'égalité des chances des personnes handicapées mais elle est encore trop peu mise en œuvre.

Ce constat doit être débattu avec l'ensemble de la communauté éducative (rectorat, conseils d'administration et chefs d'établissement, enseignants, parents et leurs associations représentatives) et inscrit dans le projet d'établissement. En effet, si les enseignants doivent être formés à l'accueil de jeunes souffrant de handicap dans leurs classes, ils ne doivent pas être laissés seuls face à cette responsabilité. Comment adapter le nombre d'enfants dans la classe afin de favoriser l'intégration du jeune handicapé ? Comment faire accepter et faciliter l'intégration de l'AVS dans la classe de l'enseignant ? Comment répondre aux interrogations, voire aux réticences des parents d'élèves non concernés par le handicap ? Autant de questions, auxquelles des réponses doivent être rapidement apportées pour garantir enfin l'intégration d'un grand nombre de jeunes en milieu ordinaire.

- ♦ Communiquer sur l'apport positif de la présence à l'école de jeunes souffrant de handicap ou de troubles psychiques

En effet, l'accueil de ces enfants ou adolescents dans les établissements permet un apprentissage de la différence et, par diverses initiatives, tutorat des jeunes handicapés par des enfants valides, etc., contribue à l'autonomie et à la prise de responsabilité de tous. Une campagne valorisant ce message, diffusée au niveau national, devrait être relayée au niveau local en lien avec les associations de parents. En effet, la communication sur les troubles mentaux est trop souvent cantonnée à des faits divers.

- ♦ Profiter des rencontres avec les parents (consultations médicales...) pour diffuser un message d'aide à la famille, dans le cadre de leur accompagnement dans le parcours de soins et d'intégration des enfants en milieu ordinaire.

CONCLUSION

La prise en charge et l'évaluation des troubles psychiatriques chez l'enfant en France est un véritable enjeu de santé publique. D'indéniables progrès ont été accomplis, avec, par exemple, la création des maisons du handicap (MDPH), guichet unique pour les familles, ou le plan autisme 2008-2010.

Données épidémiologiques parcellaires, dépistages encore tardifs, difficultés à assurer la continuité des soins, application très partielle de la loi de 2005 sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées, restent cependant autant de lacunes dans la prise en charge des enfants et des adolescents.

Le moment est donc venu de mieux définir les priorités de ce secteur, de les ordonner et de les évaluer dans un cadre pluriannuel englobant l'ensemble des acteurs. Un premier pas a été fait avec la création des Agences régionales de santé (ARS). En effet, cette structure sera chargée de coordonner l'organisation de l'offre de soins et de services médico-sociaux.

Il importe maintenant de mieux prendre en compte non seulement l'ensemble des acteurs qui contribuent au repérage (médecins, professionnels de santé, enseignants...) et de les former pour répondre à cette mission, mais également les parents et leurs associations afin d'assurer au mieux une prise en charge coordonnée des jeunes. Il paraît aussi nécessaire de porter une attention particulière à l'intégration scolaire en milieu ordinaire, chaque fois que cela est possible. Une application effective de la loi de 2005 devra être assurée dans tous les établissements scolaires favorisant en particulier la création d'un véritable statut des auxiliaires de vie scolaire (AVS).

Enfin, l'instauration de passerelles entre les différents services de soins s'avère nécessaire et la continuité des prises en charge devra être singulièrement améliorée.

L'insertion sociale de ces enfants et adolescents reste pour le pays un enjeu de citoyenneté qui engage la responsabilité de tous.

Deuxième partie
Déclarations des groupes

Groupe de l'agriculture

L'avis démontre la pertinence du travail effectué par le Conseil économique, social et environnemental par la qualité de la réflexion et des informations apportées, par le sens pratique qui guide les propositions formulées, mais plus encore par l'implication personnelle forte des rapporteurs qui confère aux avis une valeur spécifique.

Il est rappelé que la pédopsychiatrie est une discipline relativement jeune et que le cadre professionnel et juridique qui la régit est encore en évolution. Or, elle est confrontée depuis une dizaine d'années à une demande de soins en croissance notable.

Certes, notre pays n'a pas à rougir de l'offre mise en place pour y répondre, ni sur un plan quantitatif, ni même au regard de la qualité des soins proprement dite. En revanche, on est tenté de partager le désarroi qui peut être celui des familles face à la diversité des intervenants potentiels, aussi bien en termes de spécialités de métiers qu'en termes de structures au sein desquelles ils interviennent. Or les familles se trouvent en première ligne pour la détection des troubles et le choix de la première orientation pour les soigner.

Par la suite, si ces troubles se répètent ou s'aggravent, elles sont mises en position de maître d'ouvrage d'un parcours de soins à gérer dans le long terme. Cette situation, nombre d'entre elles ne sont pas en capacité de l'assumer ou du moins pas de façon optimale.

L'idée de mieux sensibiliser les différents acteurs du système pour améliorer le dépistage et le rendre plus précoce est essentielle. Elle est en effet de nature à soulager la souffrance des enfants comme des familles.

Le défi le plus conséquent reste cependant celui d'améliorer la définition et l'organisation des soins, comme l'a bien identifié le rapporteur.

Plus conséquent, car il s'agit de faire évoluer des structures, des modes d'organisation, des statuts, et que cela n'est jamais simple dans notre pays. Toutefois, il est rappelé que des Agences régionales de santé (ARS) viennent d'être constituées et qu'il leur incombe de donner une cohérence nouvelle à ce qui se pratique dans le secteur sanitaire d'une part et dans le secteur médico-social de l'autre.

La mutualité sociale agricole, membre de notre groupe, et dont des élus et collaborateurs participeront au fonctionnement des ARS, sera particulièrement vigilante à ce que ce lien soit réel et efficace.

Cet avis porte des enjeux concrets qui nous concernent tous. Au premier chef, un enjeu de citoyenneté, pour reprendre les mots de conclusion du rapporteur. Comment « fabriquer » des citoyens responsables et solidaires demain si on ne veille pas à apporter aujourd'hui une prise en charge appropriée à nos jeunes en souffrance psychique ? Comment obtenir demain une cohésion sociale si on laisse délibérément les familles sans un accompagnement adapté ?

Le groupe de l'agriculture a voté l'avis.

Groupe de l'artisanat

Au regard de l'importance croissante des facteurs de risques auxquels sont confrontés les enfants et adolescents, le groupe de l'artisanat tient à rendre hommage à la qualité de ce travail d'identification des différents troubles et des moyens à mettre en œuvre pour en réduire les effets.

La période de l'enfance et de l'adolescence est essentielle à la construction de l'adulte. Aussi, une attention particulière est à porter sur tout ce qui peut altérer ses facultés physique ou mentale, pour éviter leur irréversibilité.

En mettant l'accent sur l'espoir de guérison propre à cette jeunesse, l'avis insiste, à juste titre, sur la nécessité d'un traitement différencié. Pour le groupe de l'artisanat, cela implique :

- de revoir les limites d'âge de sortie d'un service de protection de l'enfance ou d'entrée dans un service psychiatrique pour éviter les drames liés à une mauvaise orientation ;
- de modifier la perception négative de la pédopsychiatrie en insistant sur son rôle de dépistage précoce des troubles et son indispensable rapprochement avec le milieu socio-éducatif pour améliorer la prévention ;
- de recenser les lieux de soins y compris en ambulatoire et les centres d'écoute associatifs spécialisés et en assurer la plus large diffusion auprès du secteur éducatif, des familles et professionnels de santé ;
- de poursuivre les efforts de recherche sur la détection des troubles psychiques et rendre obligatoire leur enseignement dans les filières médicale et médico-sociale.

Compte tenu de la fragilité de la période de l'adolescence, l'accent mis dans cet avis au suivi de ces jeunes constitue la seconde priorité. La création des agences régionales de santé devrait y contribuer dans la mesure où elles seront chargées justement de la coordination de l'organisation de l'offre de soins et de services médico-sociaux. Cela suppose :

- la reconnaissance des compétences déléguées aux psychologues, aux auxiliaires de vie ou personnels d'accompagnement en leur assurant un vrai statut et un parcours professionnel valorisant ;
- l'instauration de passerelles entre les différents services de soins ;
- mais surtout, l'harmonisation territoriale des conditions de leur prise en charge.

Pour conclure au nom de la prévention de pathologies sanitaires et sociales coûteuses de l'âge adulte, le groupe de l'artisanat a souhaité par son vote positif soutenir cette politique publique de santé qui concerne, ne l'oublions pas, près du quart de notre population.

Groupe des associations

Le groupe des associations tient tout d'abord à féliciter le rapporteur qui a dressé un panorama très complet de la situation et des difficultés de la pédopsychiatrie française. Cet avis n'a pas perdu de vue la souffrance des malades et de leurs familles, qui devrait rester au cœur de nos préoccupations, ni versé dans la tentation du repérage stigmatisant de potentiels comportements délinquants.

Les constats sont sévères. La formation des généralistes et pédiatres, les mieux placés pour assurer des dépistages précoces, est très insuffisante. Cette formation lacunaire se double d'un véritable manque de moyens, notamment humains, pour les médecins et infirmières scolaires. Des cloisonnements entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux perdurent et sont préjudiciables à une prise en charge globale et une information de qualité des patients et de leurs familles. Les structures d'accueil, notamment de crise, sont notoirement insuffisantes et la rigidité de l'organisation territoriale des secteurs complique l'accès aux soins. L'importance des coûts des soins qui restent à la charge des familles pénalise une partie des publics concernés et constitue un frein à la continuité de la prise en charge. On peut malheureusement continuer la litanie des carences de notre pédopsychiatrie.

Le groupe des associations partage les propositions qui en découlent. Il est urgent d'établir un plan pour la pédopsychiatrie fixant des priorités inscrites dans un calendrier précis. Ce plan doit surtout être doté de moyens pour mettre en œuvre une politique de dépistage précoce et assurer une meilleure organisation de l'offre de soins. Deux points attirent particulièrement notre attention.

Tout d'abord, si l'école est sans doute un lieu privilégié de révélation des symptômes, associer les personnels à la détection des troubles dans un contexte de réduction des effectifs et de classes surchargées paraît démesurément ambitieux. À ce titre, le groupe rejoint le rapporteur pour demander la revalorisation de la fonction et le renforcement du nombre de médecins scolaires tout en notant que cette recommandation pourrait être faite pour l'ensemble des professionnels des équipes éducatives.

Ensuite, la nécessité de penser une offre de soins en réseaux nous paraît absolument nécessaire. La polyvalence des approches doit être encouragée. Le recours à des professionnels libéraux doit être facilité et surtout l'association des parents aux stratégies mises en œuvre doit être renforcée. Le groupe des associations tient ici à rappeler que, compte tenu de la trop faible capacité d'accueil des hôpitaux de jour, la plupart des enfants sont accueillis en instituts médico-éducatifs, associatifs pour la plupart. Ces instituts sont cruellement sous-dotés en moyens tant humains que financiers. Il faut redonner des moyens à ces associations, à la hauteur des responsabilités qu'elles assument auprès des enfants et de leurs familles.

La santé, au sens large et dynamique, qu'en donne l'OMS, est un droit fondamental de l'homme et un investissement social. Les autorités publiques doivent investir dans les politiques de promotion de la santé pour instaurer un environnement propice à des choix éclairés des patients et de leurs familles, et pallier au mieux les inégalités sociales dans l'accès aux soins de tous les citoyens. Une telle politique, ambitieuse, suppose des moyens renforcés au service de la santé mentale et une participation accrue de la population.

Le groupe des associations a voté l'avis.

Groupe de la CFDT

Combien d'enfants et de jeunes souffrent en France de pathologies psychiatriques ? Si les estimations ne permettent pas de le savoir avec précision, l'avis dresse un tableau le plus complet possible, pour chacune des pathologies ou des familles de pathologie mentale. Et à l'évidence, ce nombre est important : avec des degrés divers de gravité, un jeune sur huit est concerné si l'on reste au milieu de la fourchette de l'estimation. Le texte évite en outre certaines confusions en distinguant fort justement l'ensemble des problèmes sociaux de la jeunesse des pathologies psychiatriques.

S'il est parfois difficile de faire de la prévention à proprement parler, le dépistage des maladies mentales est souvent tardif en France. L'avis note les progrès importants déjà réalisés en néo natalité ou pour certaines pathologies comme l'autisme mais indique aussi que l'effort doit être poursuivi dans les moyens de dépistage dès l'entrée à la maternelle. Comme le précise l'avis, l'évolution positive des troubles dépend largement de la rapidité du diagnostic, de la prise en charge précoce des enfants et adolescents et de la mise en place d'une thérapie adaptée à chacun. Un soutien à la recherche biomédicale et clinique est indispensable.

- **Offre de soins : un rééquilibrage des moyens au sein du territoire**

Un chapitre est consacré à des propositions afin de mieux organiser l'offre de soins. Il nous apparaît important de réaffirmer l'importance d'un maillage optimisé du territoire et la pertinence de la politique de sectorisation. C'est ce qui peut permettre dans la mesure du possible d'apporter à chacun une réponse adaptée différenciant urgence/crise et prise en charge à moyen terme.

Cette dynamique ne pourra être efficace que par un rééquilibrage des moyens au sein du territoire prenant en compte la question de la démographie des professionnels en particulier des psychiatres et des psychologues. Le renforcement de la formation à la pédopsychiatrie dans les Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) est tout autant nécessaire. Comme l'indique le texte, la mise en place des Agences régionales de santé (ARS) peut aider à développer des outils de contractualisation. La CFDT est favorable au développement de groupements de coopération pour permettre un partenariat public/privé entre le sanitaire, le social et le médico-social.

Les enfants nécessitent parfois des périodes d'hospitalisation plus ou moins longues en pédopsychiatrie ou en pédiatrie. Il faut permettre le maintien de moyens lourds mais nécessaires dans l'accompagnement de ces enfants soit en Établissement public de santé mentale (EPSM) soit en unité de soins avec la mise en place d'équipes de liaison spécialisée pouvant couvrir pédiatrie et maternité.

Il convient tout autant de mener une politique volontariste d'aide auprès des entités médico-sociales (maison de l'enfance, IME et IMpro) et de mettre en place des équipes mobiles de pédopsychiatrie en appui de la prise en charge dans ces structures. Il faut en outre garantir aux enfants les plus fragiles et les plus démunis des conditions d'hébergement décentes après l'hospitalisation, avec ou sans les parents, selon les cas.

- **Un rôle déterminant pour une école peu préparée**

L'avis met l'accent sur le rôle de l'école, ce que la CFDT approuve : c'est là que l'enfant connaît ses premières expériences de socialisation. Il est encadré par des professionnels qui, observant l'évolution de l'enfant ou de l'adolescent sont susceptibles de repérer telle ou telle difficulté. Mais encore faut-il qu'ils soient formés à cela et ce n'est pas, ou presque pas, le cas. Qui plus est, la réforme en cours de la formation des futurs enseignants tourne le dos à cette visée.

La CFDT déplore que les enseignants, actuels et futurs, ne soient pas armés pour cela, alors que l'attention portée aux problématiques psychologiques et sociologiques des enfants et des jeunes est déterminante pour leur avenir. Cette capacité n'est pas un don, elle ne relève pas du seul bon sens, elle s'apprend. Les enseignants devraient également pouvoir compter sur des spécialistes pour échanger sur les difficultés qu'ils rencontrent. Ces dispositifs aujourd'hui sont pratiquement inexistants.

- **La médecine scolaire sinistrée**

L'avis met l'accent sur le rôle essentiel des médecins de l'Éducation nationale dans le dépistage précoce. Encore faut-il que ces médecins existent et que les infirmières scolaires soient en nombre suffisant. Or la médecine scolaire est sinistrée et cela ne va pas s'arranger. C'est une politique à très courte vue, car le retard dans le dépistage et l'aggravation des pathologies génèrent des coûts bien supérieurs : coût des thérapies proprement dites, coût des retards scolaires, sans compter ici le dégât humain que l'on pourrait éviter.

- **Professionnaliser et pérenniser les auxiliaires de vie scolaire**

Les enseignants, s'ils peuvent avoir une attention particulière auprès d'enfant en difficulté scolaire, ne peuvent pas s'occuper individuellement des enfants présentant un handicap. La CFDT soutient l'exigence, soulignée par l'avis, de professionnaliser et de pérenniser les auxiliaires de vie scolaire. Ils sont un élément indispensable venant en complémentarité de l'enseignant pour l'aide

au quotidien de ces enfants et de ces jeunes leur permettant une bonne intégration dans la classe.

La CFDT trouve très positives les propositions permettant de mieux mettre en synergie le travail des différents intervenants en la matière, d'améliorer la complémentarité des approches et l'organisation de l'offre. Elle regrette que les politiques actuelles n'aillent pas toujours dans ce sens. C'est pourquoi bien que l'avis soit parfois un peu timoré pour dénoncer certaines des carences pourtant bien pointées, la CFDT l'a voté.

Groupe de la CFE-CGC

La prise en charge et l'évaluation des troubles psychiatriques chez l'enfant est un véritable enjeu de santé publique. Le repérage précoce et la prise en charge des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent sont des enjeux majeurs. En effet, le repérage précoce de certaines pathologies peut aboutir à des résultats positifs.

La prévention est particulièrement cruciale dans l'approche de ces problèmes.

L'école peut favoriser la révélation des symptômes.

Il faut permettre aux enseignants de jouer un rôle dans la politique de repérage et de prévention sanitaire et intégrer dans la formation initiale et continue des enseignants des modules et des études de cas. L'objectif est de favoriser leur implication en précisant clairement leur rôle au regard des enfants et des parents : comment repérer les troubles, comment parler aux parents, comment les inciter à consulter. Le repérage des troubles devrait être inscrit dans le cahier des charges de la formation initiale et continue des maîtres afin de doter les enseignants d'un socle de connaissances minimales et de les aider à adopter une attitude adaptée.

Nous estimons que tous les enfants déscolarisés doivent faire l'objet d'un suivi et doivent pouvoir être soumis à un dépistage.

Il faut également revaloriser la fonction des médecins de l'Éducation nationale, et renforcer leur nombre, comme acteurs de la politique de santé. L'amélioration du réseau de médecins de l'Éducation nationale permettrait d'éviter une prise en charge tardive des soins qui coûterait cher à la collectivité.

Il faut renforcer l'enseignement de la pédopsychiatrie dans les programmes des études médicales.

Par ailleurs, il faut penser l'offre en termes de réseaux afin de garantir la continuité des soins et accompagner les familles à toutes les étapes du processus. L'instauration de passerelles entre les différents services de soins s'avère nécessaire et la continuité des prises en charge devra être singulièrement améliorée. L'insertion sociale des enfants et adolescents reste pour le pays un enjeu de citoyenneté qui engage la responsabilité de tous.

Nous pensons qu'il faut renforcer le statut et la formation des Auxiliaires de vie scolaires (AVS) de l'Éducation nationale et pérenniser les postes. Le statut de l'AVS doit répondre à un vrai besoin de professionnalisation.

L'avis dresse un état des lieux de la prévention et de la prise en charge des troubles psychiatriques avérés des enfants et adolescents. Il propose des solutions en matière de prévention, de coordination des structures et acteurs impliqués dans la prise en charge et d'intégration scolaire et sociale des jeunes patients.

Le groupe de la CFE-CGC a voté l'avis.

Groupe de la CFTC

Cet avis traite d'un sujet particulièrement douloureux parce qu'il touche aux troubles mentaux qui occasionnent une grande souffrance, ne serait-ce que par les conséquences, la peur qu'ils inspirent ou, pour les familles, le sentiment d'impuissance qui les entoure. De plus, le fait que ces troubles touchent des enfants et des adolescents ajoute à la souffrance, particulièrement, bien sûr pour les proches.

Le groupe de la CFTC constate l'évolution lente mais très positive du traitement des personnes atteintes de troubles mentaux depuis l'enfermement dans les prisons puis dans les asiles d'aliénés ou dans une camisole chimique pour laisser maintenant une place plus importante à la thérapie ambulatoire et l'insertion dans le milieu familial et la société. Les propositions de l'avis tendent à améliorer cette évolution qui favorise efficacité et respect de la dignité de l'homme. Nous ne pouvons que nous en féliciter.

Le sujet des pathologies mentales reste mal connu du milieu médical. La faiblesse du nombre d'études épidémiologiques le montre. Il l'est encore plus du grand public.

Comme le handicap, il fait peur probablement parce qu'il nous renvoie à nos propres vulnérabilités. Mais le traitement médiatique du sujet, par les seuls faits divers dramatiques, alimente cette fausse image. Or, cet avis montre bien deux choses dont nous espérons qu'il contribuera à les faire plus largement connaître : la part des personnes réellement dangereuses concernées par la pédopsychiatrie est faible et les thérapies permettent de plus en plus de guérisons ou de réinsertions dans une vie normale.

Dans une société profondément marquée par le culte de la norme et de la performance, les pathologies mentales effraient et engendrent trop souvent l'exclusion.

Comme le constate l'avis, il faut donc changer de regard sur ces maladies et ne pas enfermer les personnes dans une vision de peur car cela peut transformer une pathologie passagère et soignable en un handicap à vie.

L'avis fait de nombreuses et intéressantes propositions sur le dépistage précoce. Celui-ci améliore les chances de guérison.

En premier lieu : il est indispensable de mettre l'accent sur la formation, que ce soit celle des médecins, particulièrement des généralistes, des infirmiers scolaires, des enseignants. Cela est d'autant plus nécessaire que les pathologies sont très variées et qu'il est difficile de distinguer ce qui relève des troubles du comportement difficile de l'enfant, d'une maladie relevant de mesures d'éducation et de la pédopsychiatrie.

L'accueil doit être amélioré, en particulier dans les CMPP en nombre insuffisant et mal répartis sur le territoire, ce qui entraîne des délais de consultation très excessifs préjudiciables pour les personnes concernées.

La détection de troubles pouvant conduire à une addiction est indispensable en matière de prévention. Comme sur d'autres sujets, le travail en réseau est essentiel.

La question de la population médicale reste posée. Dans ce domaine comme dans d'autres, l'inégale répartition des médecins conduit à ce qui s'apparente à des surpopulations à certains endroits et à des déserts ailleurs. Une régulation dans la spécialisation et la localisation des médecins s'avère de plus en plus nécessaire, faute de quoi, ce sont les patients qui payent, parfois à prix fort, la liberté médicale. Le groupe de la CFTC va au-delà de l'avis en affirmant qu'il faut impérativement avancer avec la profession, voire malgré elle, si elle refuse de faire des propositions efficaces.

Avec l'évolution des soins, la famille est en première ligne tant comme victime que comme actrice de la thérapie. Il est nécessaire de répondre au désarroi des parents devant les problèmes affectifs, psychologiques et matériels de ceux qui sont très souvent un maillon essentiel de la guérison. À ce titre, les propositions concernant l'accueil des parents et des enfants, le soutien aux parents, l'aide logistique sont essentiels. La prise en charge des soins par la sécurité sociale s'impose tant dans une approche humaine que médicale.

On peut déplorer, par exemple, le manque criant de structures d'accueil pour les enfants autistes et le fait que de nombreux parents confrontés à cette difficulté sont contraints de chercher des places à l'étranger.

Le groupe de la CFTC constate la convergence de problèmes avec les autres formes de dépendance, que ce soit dans l'accompagnement des familles ou des besoins en structures d'accueil. Une prise en compte plus globale du problème serait peut-être plus efficace même si les conditions diffèrent, mais il est indispensable d'avancer avec un vrai plan d'action comme le propose l'avis.

Enfin, la politique pour éviter le plus possible l'enfermement doit également se traduire par un encadrement des procédures de placement provisoire, surtout lorsque les familles s'y opposent. Cela doit rester exceptionnel.

On mesure le degré de civilisation d'une société dans sa capacité à accueillir, à soigner les plus faibles, à promouvoir leur dignité. Cela est plus particulièrement vrai des enfants et adolescents souffrant de pathologies

mentales. La France progresse dans ce domaine, mais il reste du chemin à parcourir et les propositions de l'avis, même si elles manquent un peu de priorisation, seront très utiles pour avancer vers cet objectif et, entre autres, dans la reconnaissance du rôle capital des familles.

Le groupe de la CFTC a voté favorablement l'avis.

Groupe de la CGT

À l'initiative de cet avis, le rapporteur a conduit la réflexion de manière pragmatique, animé du souci de trouver les réponses aux attentes des familles, tenant à distance, sans les ignorer, les débats quelquefois plus controversés, qui renvoient aux différentes conceptions des systèmes éducatifs, de santé et médico-sociaux, de protection sociale et de leur financement.

Prendre en charge la personne du jeune enfant, de l'adolescent, telle qu'elle est, reconnaître sa différence quand c'est le cas, l'aider à s'intégrer dans la société ne se fera pas naturellement, dans un monde où la performance des individus, des économies, des États est donnée en exemple, mesurée, évaluée, placée sous l'emprise d'indicateurs, où la norme uniformise ou réduit la diversité, où les comportements sont programmés. Il importe cependant de situer cette réflexion dans le temps présent où l'ordre imposé par les marchés financiers a fait perdre le contact avec la réalité des besoins humains.

Ce contact est présent dans l'avis et on ne peut qu'être saisi par la description qui est faite d'une réalité dont le caractère paradoxal ne peut échapper au lecteur. Il souligne l'importance de la prévention et du repérage précoce, les résultats très positifs d'expériences qui montrent les possibilités. Il évoque l'importance des différents acteurs : la famille, l'école, le système de santé. Concernant ce dernier, on aurait sans doute pu traiter davantage des PMI. Mais, ni l'école, ni le système de santé, social et médico-social ou de protection sociale n'apportent les réponses attendues par les familles. De plus, les réformes récentes risquent d'aggraver leurs situations. Le manque de structures d'accueil sur le territoire, notamment pour les pathologies lourdes ou chroniques, contraignent les familles à faire face souvent seules à la prise en charge de leurs enfants.

L'avis identifie très bien les problèmes que rencontrent ces familles et les professionnels : problèmes de formation des enseignants, des médecins, des infirmières, de moyens humains (manque de médecins scolaires ou devenir incertain des auxiliaires de vie scolaire), d'insuffisance voire d'absence de travail ensemble.

Les préconisations de l'avis ouvrent des pistes de réflexion qui permettraient de commencer à résoudre ces problèmes. Cependant, ce constat doit nous interroger. Que peuvent signifier la solidarité et la justice sociale dans une société telle que la nôtre si la prise en charge de ce qui est parfois la différence et souvent de la souffrance, repose principalement sur l'engagement, le courage des familles, de leurs associations. L'État paraît bien absent, bien en

retard sur le respect de principes fondamentaux tels ceux relevant de droits pour tous les enfants à l'égalité, la santé, la scolarité, la protection. L'État doit se ressaisir car ce dont il est question conditionne la justice sociale à laquelle peut prétendre chaque être humain dans notre société.

Il est de sa responsabilité d'engager les institutions dans l'effort de solidarité pour répondre aux attentes des familles et de leurs associations. C'est primordial pour que les jeunes en souffrance trouvent leur place dans la société, pour apporter de la cohérence entre les différents intervenants dont la présence et l'action sont inégalement présentes sur l'ensemble du territoire afin d'éviter une fragmentation de la solidarité qui produit de l'exclusion.

Mais pourra-t-il le faire si, au nom de la réduction des déficits publics et de la RGPP, l'État poursuit des logiques comptables dans le domaine de la santé, du social et du médico-social et du redéploiement des missions publiques vers les collectivités locales ou le privé à but lucratif. Il est à craindre que la gouvernance des ARS, placée sous la seule coupe de l'État, ne s'inscrive naturellement dans de telles logiques. Nous pensons que beaucoup dépendra des populations, mais aussi de l'attitude des conseils de surveillance pour infléchir leurs choix si tel était le cas. C'est pourquoi, il serait utile, lorsque ces conseils seront mis en place, de leur faire connaître l'avis du Conseil économique, social et environnemental.

Enfin, il serait pertinent d'aborder la question, qui certes déborde le cadre de la saisine, mais qui néanmoins en découle, du passage du monde de l'école au monde du travail accompagnant celui du monde de l'adolescence à celui du jeune adulte. Ce passage est semé d'embûches et l'est d'autant plus pour les jeunes gens en difficulté et en souffrance. Il nous semble donc important de créer les conditions, qui n'existent pas aujourd'hui, pour qu'il n'y ait pas de ruptures dans l'accompagnement et le suivi de ces jeunes. L'engagement attendu de l'État ne doit pas conduire à ignorer la responsabilité de l'entreprise. Certes, il doit être de nature différente et pourrait faire l'objet d'un futur travail de notre assemblée.

Le groupe de la CGT a adopté l'avis.

Groupe de la CGT-FO

La prise en charge des troubles psychiatriques des mineurs est un véritable enjeu de santé publique mais aussi une nécessité sociale et humaine pour répondre à des situations souvent dramatiques pour les enfants et adolescents comme pour leur entourage.

L'avis dans sa globalité pose précisément les éléments de cadrage. Le diagnostic est également tout à fait pertinent. Il présente bien la difficulté de la prise en charge en pédopsychiatrie qui implique une approche pluri professionnelle et un travail avec le système scolaire et la famille.

Il a également le mérite de souligner l'importance du dépistage précoce des troubles pour enrayer des dégradations ou des passages à l'acte évitables.

FO partage avec le rapporteur la conviction qu'une véritable politique de dépistage est fondamentale.

Si le développement des partenariats entre le sanitaire et les institutions scolaires et médico-sociales doit être renforcé, il faut rester vigilant sur le périmètre d'intervention possible des différents acteurs. Quelle que soit sa formation initiale, un enseignant (ou un CPE) n'a pas les compétences requises ni pour dépister des troubles psychiatriques, ni pour en parler avec les parents. Si sa proximité avec le jeune en difficulté peut lui permettre de déceler l'existence d'un problème, son rôle et sa responsabilité ne peuvent excéder le signalement. Est alors posée la question du relais vers « le bon » professionnel de santé et du partage des tâches au sein d'équipes compétentes et disponibles.

À ce titre, si FO est d'avis que les médecins et infirmiers scolaires devraient jouer un rôle essentiel dans le dépistage et l'orientation précoces des jeunes présentant des troubles, le groupe soutient les propositions du rapporteur en ce qui concerne leur formation et surtout leur nombre, aujourd'hui très insuffisant, si l'on veut qu'ils jouent leur rôle de prévention, d'interlocuteurs pour l'enseignant et la famille et, de partenaires avec les pédopsychiatres et les structures adaptées.

Le groupe FO est également d'avis qu'il faudrait une plus grande implication des pouvoirs publics dans le dépistage et la mise en place rapide d'un suivi pour les jeunes présentant des troubles. Ainsi, outre une augmentation des moyens dans un environnement dégradé, FO est pour une prise en charge par l'assurance maladie des soins dispensés par certains professionnels en secteur libéral tels que les psychologues ou les psychomotriciens.

Si on inscrit la santé mentale dans les grandes orientations nationales de santé publique, cela ne peut pas concerner uniquement la formation des médecins libéraux, il faut développer également les moyens financiers et humains qui doivent accompagner les politiques publiques aujourd'hui menacées par la RGPP.

Le groupe FO partage le point de vue que la qualité de l'offre de soins doit porter sur deux aspects : sa continuité et une meilleure prise en charge.

Le cloisonnement entre les structures et le manque de coordination et de moyens constituent des obstacles à la continuité des soins. Ainsi FO partage l'inquiétude du rapporteur, sur l'insuffisance des structures spécialisées d'accueil, notamment, les centres de crise pour traiter les urgences, et sur les délais pour obtenir consultations et prise en charge. Bien souvent, les ruptures de prise en charge sont accentuées par un manque d'adhésion de l'adolescent et de ses parents, mais elles sont aussi liées à une mauvaise orientation ou à des relais insuffisants entre la personne qui oriente et celle qui prend en charge.

Le groupe FO partage le point de vue selon lequel une meilleure offre de soins nécessite d'en assurer la continuité effective notamment par la reconnaissance financière des tâches de coordination.

La loi HPST de juillet 2009 a créé les Agences régionales de santé (ARS). Leur mise en place effective est chaotique. Ces structures sont un outil administratif de centralisme dont FO continue à douter de l'efficacité et dont le rôle semble théorique, notamment pour assurer les passerelles nécessaires entre les structures sanitaires et médico-sociales.

L'association des familles est essentielle. Si tous les milieux sont touchés par les problèmes de pédopsychiatrie, l'accompagnement des familles elles-mêmes en grande difficulté sociale doit être renforcé sous des formes adaptées. Les familles monoparentales, les familles touchées par le chômage, l'illettrisme, l'alcoolisme... sont encore plus désorientées et difficiles à associer au parcours de soins. Les travailleurs sociaux, les associations de parents d'élèves, les médecins de quartier sont des éléments clefs de l'accompagnement de ces familles.

La prise en charge du handicap relève plus du médico-social que du sanitaire, même si, à l'évidence, des progrès restent à réaliser pour ces institutions qui fonctionnent encore de manière trop cloisonnées. Ne mélangeons pas les genres, les enfants ou adolescents souffrant de handicap peuvent être pris en charge de manière ponctuelle ou séquencée par la pédopsychiatrie pour des interventions relevant de son champ de compétence (anxiété, dépression, troubles du comportement...). Le travail éducatif devant conduire à l'insertion sociale relève, quant à lui, de la responsabilité des institutions médico-sociales.

L'intégration en milieu scolaire ordinaire doit être réalisée en tenant compte de tous les paramètres tels que la taille des classes, le nombre d'élèves, le nombre de handicapés moteurs ou mentaux, formation de l'enseignant, l'accompagnement de l'enfant par un AVS, auquel il est urgent de garantir statut et formation dans le cadre de l'Éducation nationale. Si l'intégration ou la réintégration en milieu scolaire ordinaire doit être visée et privilégiée, elle ne peut être le résultat d'un déficit des structures adaptées mais le résultat d'une décision réaliste. FO tient à évoquer la situation de ces établissements, qui offrent des conditions d'accueil de grande qualité avec des équipes polyvalentes de spécialistes formés et compétents, mais souffrent, de plus en plus, d'un manque de places et de moyens.

Même si, globalement, le groupe FO redoute que les excellentes intentions de cet avis aient des difficultés à se concrétiser au vu des mesures gouvernementales qui réduisent tous les services publics et les services au public, avec la RGPP et les diminutions d'emplois dans la fonction publique et en particulier dans l'enseignement, il l'a voté.

Groupe de la coopération

L'avis dresse un état des lieux détaillé de la pédopsychiatrie, qui constitue un enjeu de santé publique et de citoyenneté car elle concerne des êtres en développement et en devenir. La promotion de la santé mentale est ainsi nécessaire car elle constitue une avancée sociale. D'indéniables progrès ont été accomplis, avec la création des maisons du handicap (MDPH), la loi de février 2005 qui prévoit l'intégration scolaire des enfants déficients intellectuels ou le plan autisme 2008-2010. L'avis propose d'aller plus loin, en termes notamment de prévention, de formation et de coordination.

L'avis insiste avec justesse sur la prévention. La politique du handicap consiste aujourd'hui, essentiellement, à gérer le handicap qui est installé. Or la prévention, sous tous ses aspects, doit être privilégiée, par des efforts de dépistage dès l'entrée en maternelle, ainsi que par la sensibilisation des différents acteurs (enseignants, médecins, infirmiers...) à la détection des troubles.

Deuxième axe prioritaire, la formation : les disciplines de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie ont des difficultés à s'imposer dans le domaine hospitalier. Le *numerus clausus* bloque le recrutement et donc le développement de la discipline. De plus, le cursus de formation initiale du corps médical ne comporte pas de stage en psychiatrie. En milieu scolaire, les enseignants manquent également de formation psychologique pour pouvoir orienter les parents des élèves en difficulté. La loi de février 2005 sur l'intégration scolaire des enfants déficients intellectuels suppose que des moyens effectifs à son application soient dégagés. Or, les auxiliaires de vie scolaire sont trop souvent en nombre insuffisant et parfois insuffisamment formés. L'avis formule des propositions concrètes visant à surmonter ces difficultés.

Il est nécessaire de coordonner tous les intervenants (PMI, maternelle, services du Conseil général, ASE) et d'articuler les moyens pour développer le travail en réseau. Le découpage administratif actuel empêche une coordination des actions dans le secteur de l'enfance : le périmètre de la PMI ne correspond pas au périmètre scolaire, ni au secteur psychiatrique. Les Agences régionales de santé pourraient jouer un rôle important dans l'équilibre de l'implantation des structures sur le territoire. Sont également concernés les parents et les associations afin d'assurer au mieux une prise en charge coordonnée des jeunes.

Enfin, le groupe de la coopération apprécie que l'avis distingue la souffrance psychique des troubles psychiatriques, ces derniers étant caractérisés par la gravité des symptômes et le degré de perturbation qu'ils occasionnent dans la vie du jeune et de sa famille. On constate en effet, une multiplication du nombre de consultations en pédopsychiatrie, qui n'est pas systématiquement le reflet de troubles psychiatriques croissants chez les jeunes.

Le groupe de la coopération a voté en faveur de l'avis.

Groupe des entreprises privées

Le sujet de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie n'est pas aisé à appréhender. Comme le démontre l'histoire de la discipline, les maladies mentales ont souvent fait peur et leur traitement a pris du temps à se développer. Encore aujourd'hui, comme le souligne le rapporteur, des efforts restent à faire.

La psychiatrie est née lorsque la notion de trouble mental s'est clairement dégagée de ses aspects surnaturels. Les médecines gréco-latine et arabe considéraient la manie, la mélancolie, l'épilepsie, l'hystérie et les délires comme des affections d'origine naturelle. Mais en fait, pendant des centaines d'années, on fit de ces malades en Europe des possédés du démon ou des sorcières. Les patients furent encore longtemps traités comme des coupables ou des animaux féroces, enchaînés aux murs de certains établissements dans une promiscuité effroyable.

C'est en 1793 que Philippe Pinel, un des fondateurs de la psychiatrie, libéra de leurs chaînes les aliénés des cachots de Bicêtre, affirmant que les malades mentaux étaient des malades comme les autres.

Au début du XX^{è} siècle, après les échecs relatifs des méthodes de recherche anatomique et plus tard biologique, on vit apparaître les premières conceptions psychiatriques sous l'influence grandissante des théories psychologiques, psychanalytiques et sociologiques, notamment par le génie de Freud.

Aujourd'hui, la psychiatrie publique en France est organisée en secteurs de soins, par découpage géographique mis en place dans les années 1930.

La pédopsychiatrie est, quant à elle, une discipline récente, développée à partir de 1960 qui s'applique aux enfants et aux adolescents. La définition d'une limite supérieure - où commence la psychiatrie adulte - n'est pas facile à tracer, elle peut aller de 16 à 25 ans selon les services.

Le recours aux soins de psychiatrie générale est en forte croissance ; il en est de même de la pédopsychiatrie. En effet, en dix ans, le nombre de patients suivis chaque année est passé de 16 à 28 pour mille habitants. Cette augmentation peut s'expliquer si l'on est optimiste :

- par un meilleur accès aux soins ;
- par un développement de la protection sociale ;
- par l'évolution des techniques de soins et des médicaments innovants notamment les neuroleptiques.

L'explication pessimiste de cette augmentation des troubles psychologiques plus que psychiatriques peut s'expliquer en partie par l'évolution de la société :

- des familles déstructurées ;
- le chômage, la pauvreté ;

- l'échec scolaire.

Ces différents paramètres peuvent conduire au développement de pratiques addictives induisant des comportements violents, voire une progression du suicide des jeunes.

Dans son avis, le rapporteur a d'abord relevé les difficultés empêchant l'amélioration des soins :

- une détection trop tardive des troubles mentaux ;
- une formation insuffisante des professionnels aux problèmes de pédopsychiatrie ;
- la difficulté à prendre en charge les urgences ;
- l'écueil de la continuité des soins.

Le groupe des entreprises privées partage ce constat. Il soutient également les principales propositions du rapporteur qui sont les suivantes :

- un enjeu essentiel est de favoriser la prévention par un repérage précoce permettant d'éviter une aggravation des troubles, voire de les faire disparaître. Cette prévention précoce peut être coûteuse à court terme mais présente l'avantage de faire des économies à moyen et long terme en ayant amélioré le sort des malades ;
- il faut sensibiliser l'ensemble des acteurs de la chaine de santé au repérage des troubles et des handicaps et consolider leur formation initiale et continue ;
- associer l'école au repérage précoce des troubles en sensibilisant les enseignants et les associations de parents ;
- revaloriser la fonction de médecin de l'Éducation nationale ;
- penser l'offre de soin en termes de réseau garantissant la continuité des soins tout en visant à raccourcir les délais de prise en charge ;
- doter les psychologues d'un véritable statut pour l'exercice libéral de cette profession ;
- doter les auxiliaires de vie scolaire d'un véritable statut.

Ce n'est qu'à ce prix que nous pourrons améliorer le traitement des troubles psychiatriques des jeunes. Le groupe des entreprises privées tient donc à remercier le rapporteur pour avoir mis en avant ce sujet qui, bien que difficile, méritait d'être traité par le Conseil. Le groupe a voté l'avis.

Groupe des entreprises publiques

L'avis qui nous est présenté aborde la pédopsychiatrie sous deux angles complémentaires : la prévention et la prise en charge.

Avec pertinence, il se veut pédagogique, aussi il éclairera certainement les lecteurs sur les différents troubles psychiatriques des enfants et adolescents et sur l'offre de soins dans ses modalités actuelles.

Le groupe des entreprises publiques félicite le rapporteur pour sa clarté d'expression et souhaite revenir sur deux aspects des propositions énoncées dans l'avis.

Sur le premier volet, celui de la prévention et du repérage précoce, terme préféré à juste titre à celui de « dépistage » qui renvoie aux troubles de la santé mentale, nous insistons sur l'importance de la sensibilisation des acteurs et de leur formation initiale et continue. En particulier, des contacts réguliers entre les enseignants et des professionnels, au travers de structures d'information et de dialogue, en amont de tout diagnostic nous paraissent essentiels pour toute la communauté éducative.

L'objectif doit être de limiter la médicalisation des interventions pour les nombreux cas de comportements qui ne relèvent pas d'une réelle pathologie, mais appellent plutôt de simples mesures éducatives, d'autant plus simples qu'elles sont appliquées sans retard.

Sur le deuxième volet, celui de la définition et de l'organisation de l'offre de soins, qui nous paraît très pertinent quant à ses analyses et préconisations, nous souhaitons souligner les apports extrêmement utiles des partenariats « publics-privés » sous toutes leurs formes.

Ainsi un accueil par des structures ouvertes, souvent associatives, mais financées par les autorités publiques, permet d'organiser l'accompagnement des patients, mais aussi de fournir des conseils et une orientation aux familles et de faire le tri entre traitement médical et soutien à la parentalité proprement dite. De tels lieux d'accueil doivent aussi se multiplier pour les adolescents eux-mêmes.

Sur l'ensemble des propositions, nombreuses et cohérentes, le groupe des entreprises publiques soutient l'avis, tant il est important pour les enfants et adolescents que soient repérées et soignées le plus tôt possible les pathologies mentales les affectant, pour les guérir - souvent - ou sinon les prendre en charge dans la durée.

Un tel investissement dans la prévention et les soins pédopsychiatriques honorerait notre société, lui faisant mieux prendre en considération la personnalité de chaque enfant ou adolescent, afin d'aider les futurs adultes qu'ils sont à prendre avec bonheur et dans la dignité toute leur place dans la société.

Le groupe des entreprises publiques a voté l'avis.

Groupe de la mutualité

S'il est habituel d'insister sur l'importance des politiques de prévention, celle-ci est particulièrement cruciale pour le repérage et la prise en charge des troubles psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent. Repérage, pour éviter une psychiatrisation excessive de ce qui relève des problèmes sociaux ou de comportements non pathologiques, mais aussi pour favoriser la prise en charge précoce des troubles psychiatriques avérés, prise en charge qui permet souvent d'obtenir des résultats très positifs pour l'avenir de l'enfant et son insertion dans la société.

Au-delà de cette observation, largement reprise dans l'avis, il convient de souligner combien la question de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent illustre les difficultés pour mobiliser et articuler des acteurs de champs différents et pour assurer la continuité de la prise en charge dans les temps comme entre les dispositifs. En cela, ce sujet est emblématique des difficultés d'une prise en charge sanitaire qui ne se limite pas à la sphère médicale.

Le groupe de la mutualité se félicite que l'avis ait pu éviter les pièges liés à la stigmatisation, voire aux peurs souvent irraisonnées que suscitent les troubles psychiatriques... et au rêve d'une médicalisation systématique... rassurante en apparence mais qui ne peut évidemment pas trouver de réponse en termes d'organisation de la prise en charge.

L'avis souligne à bon escient la faiblesse des connaissances épidémiologiques sur la santé mentale des enfants et adolescents, probable traduction d'une forme de déni de la société face à ces pathologies qui suscitent encore trop souvent des réflexes d'exclusion et de peur peu propices à une prise en charge organisée. Organisation rendue d'autant plus complexe qu'il faut, comme le souligne fortement l'avis, articuler de nombreux acteurs dont le monde de l'Éducation nationale qui doit être en première ligne en matière de repérage. Cette question n'est pas nouvelle puisque le professeur Danièle Sommelet en faisait déjà un des axes fort du rapport sur la santé des enfants et adolescents, qu'elle remettait il y a exactement trois ans à Mme la ministre de la Santé. Malheureusement, trois ans plus tard, et ce délai serait plus long encore si nous nous référions à d'autres travaux plus anciens qui établissaient le même constat, les préconisations du professeur Sommelet sont encore au stade des intentions.

Il est essentiel que la situation évolue et que le travail du Conseil économique, social et environnemental ne connaisse pas le sort des travaux précédents sur des sujets proches. Les propositions pragmatiques et raisonnables du rapporteur doivent permettre une mise en œuvre rapide. Pour autant, la question de la revalorisation du rôle et des missions des médecins et psychologues scolaires demeure centrale. C'est bien sûr une question de moyens, c'est aussi une question d'ouverture vers les autres acteurs dont le médecin traitant en premier lieu.

Aujourd'hui, une politique de santé, quel que soit son domaine, mais probablement plus encore dans celui de la santé mentale, ne saurait s'envisager à travers la seule mobilisation des acteurs du monde sanitaire.

C'est le mérite de cet avis, que le groupe de la mutualité a voté, que d'avoir souligné l'importance de l'articulation entre acteurs. Il faut en effet davantage ouvrir la médecine à la société plutôt que d'espérer résoudre les problèmes sociaux en les médicalisant.

Groupe de l'Outre-mer

Le rapporteur dresse un état des lieux de la prévention et de la prise en charge des troubles psychiatriques avérés des enfants et des adolescents dans notre pays. Malgré l'insuffisance des données épidémiologiques en France, l'INSERM indiquait en 2003 : « *qu'un enfant sur 8 souffre d'un trouble mental dans notre pays. Qu'il s'agisse d'autisme, d'hyperactivité, de troubles obsessionnels compulsifs, de troubles de l'humeur, d'anxiété, d'anorexie, de boulimie ou de schizophrénie* ».

Ces troubles peuvent avoir un retentissement considérable sur le devenir de l'enfant et se traduisent fréquemment par une mise en danger du jeune lui-même ou de son entourage. La gravité des troubles occasionne des perturbations qui nécessitent toujours une aide extérieure, aide au jeune et aussi à sa famille.

Si les troubles mentaux dont souffrent les jeunes s'accompagnent en général de manifestations plus graves que chez les adultes, ils ont, en revanche, un caractère réversible. À noter qu'une prise en charge efficace peut permettre à certains jeunes souffrant de pathologies psychiatriques de mener une vie complètement autonome en tant qu'adultes. Les jeunes sont dans une situation d'évolution biologique et psychique qui nécessite une très grande souplesse dans les réponses à apporter.

Parmi l'ensemble des propositions pertinentes émises dans l'avis le groupe retient en priorité :

- le renforcement du dépistage précoce qui permet d'intervenir quand les troubles psychiatriques sont moins installés ;
- la rapidité dans la prise en charge qui aboutit à la mise en place des mesures correctrices en maintenant le plus possible dans leur milieu ordinaire les enfants et les adolescents ;
- la consolidation de la formation initiale et continue de l'ensemble des professions médicales sur la pédopsychiatrie ;
- une meilleure organisation des réseaux de prise en charge en repensant les partenariats et leur financement et en reconnaissant les tâches de coordination.

Il souhaite que les mesures émises soient rapidement prises en compte par les pouvoirs publics au regard des enjeux pour les jeunes et leurs familles.

Au travers de l'expérience de médecin de l'un de ses membres, le groupe souligne la situation dramatique dans laquelle est plongée une partie des enfants et adolescents des collectivités ultramarines et qui peut donner de précieuses indications pour la métropole.

Ainsi, en Nouvelle-Calédonie, on assiste depuis plus de dix ans à une lente et inexorable déstructuration socio-culturelle chez les Mélanésiens écartelés entre coutume et modernité qui aboutit à une errance affective et éducative des enfants et des adolescents, source de pathologies mentales et propice terrain de toutes les délinquances.

Chez les Polynésiens, par exemple, ces désordres socio-culturels provoquent chez les enfants des conduites boulimiques qui aboutissent à l'obésité et toutes ses complications.

Enfin, le groupe insiste sur les effets catastrophiques de la consommation de cannabis, véritable problème de santé publique, qui s'est tant banalisée que parents et enfants fument, et l'on sait désormais que cette drogue, qui n'a jamais été douce, provoque au niveau du métabolisme des neurones fragiles des enfants et des adolescents des déséquilibres qui révèlent de graves troubles psychiatriques comme les psychoses maniaco-dépressives et les schizophrénies.

Il serait intéressant que la direction générale de la Santé et l'inspection générale des Affaires sociales échangent résultats et expériences avec les DRASS des départements d'Outre-mer et les DASS des collectivités d'Outre-mer au travers de missions bipartites.

Le groupe félicite le rapporteur pour la qualité de son travail qui amène à poser un autre regard sur les troubles psychiatriques des enfants et des adolescents.

Le groupe de l'Outre-mer a voté l'avis.

Groupe des personnalités qualifiées

Mme Grard : « Le travail autour de ce projet d'avis a permis à la section de mesurer le champ immense que recouvre la pédopsychiatrie en France, et de mieux comprendre le désarroi des parents qui souhaitent faire soigner leur enfant en pédopsychiatrie. Pour réaliser ce travail complexe et délicat, vous avez fait preuve, Monsieur le rapporteur, d'une écoute et d'une compétence remarquables dont je tenais à vous remercier.

Comme vous le soulignez à juste titre dans ce projet d'avis, le travail en réseau est fondamental. Le cloisonnement actuel prive nombre d'enfants de dépistage et de soins suffisamment précoces pour être efficaces. Ainsi, à quoi sert un diagnostic d'autisme chez un jeune enfant si on ne peut lui assurer rapidement un traitement adapté et un suivi dans la durée ? Le travail en réseau est essentiel pour les patients comme pour les professionnels : permettre aux professionnels de croiser leurs connaissances, de se former ensemble à la diversité des pathologies et des populations qu'ils rencontrent ; mais aussi

permettre aux familles de s'y retrouver dans la complexité du réseau de soins en pédopsychiatrie. Comment sortir de ce cloisonnement qui perturbe toutes les familles sans exception, quelle que soit leur situation ?

Arrêtons-nous un instant sur la situation d'un petit garçon de 7 ans atteint d'une anomalie génétique causant des retards moteurs et des troubles d'apprentissage. Il est scolarisé en grande section de maternelle et dispose d'une auxiliaire de vie scolaire à mi-temps. Il suit chaque semaine entre 3 et 4 séances de rééducation réparties sur 4 jours et toutes prises sur le temps scolaire. Pour s'y rendre, il abandonne les activités de sa classe et doit les reprendre en cours quand il revient. De temps en temps, les horaires des séances changent. S'y ajoutent les rencontres régulières avec le médecin, des bilans (neurologiques, orthophoniques, psychologiques) dont les horaires sont fixés par l'hôpital.

Ses parents travaillent tous les deux loin de leur domicile. Ils n'ont d'autre choix, pour que leur enfant puisse suivre sa rééducation, que de prendre des congés ou de faire appel à la solidarité familiale. S'ajoute à cela un suivi administratif permanent, un dossier à refaire annuellement avec la maison départementale des personnes handicapées, pour lequel les réponses diffèrent chaque année.

Encore une fois, dans de telles situations, toutes les familles sans exception sont perturbées. Il est malgré tout évident que celles qui ont le moins de moyens culturels, relationnels et matériels ont généralement beaucoup plus de difficultés pour faire face. Elles ont besoin d'un soutien fort et dans la durée. Parfois même, hélas, en l'état actuel des soins en pédopsychiatrie en France, certaines familles vivant dans l'errance ne peuvent pas du tout faire soigner leur enfant.

Notre société est focalisée sur la réussite à tout prix de chaque enfant et ne tolère pas les enfants trop agités. La réponse médicale pour ces enfants trop remuants est souvent une sur-médication dont on mesure mal les effets à long terme, qui peut entraîner une accoutumance et risque de déboucher sur des addictions graves ; alors que ces enfants en suractivité ont souvent besoin tout simplement d'une attention plus particulière.

Et nous en revenons, comme vous le soulignez à différentes reprises dans votre projet d'avis, au manque criant de personnel dans le domaine de la pédopsychiatrie en France.

Je voudrais enfin souligner l'importance capitale que revêt à mes yeux ce passage du texte où est énoncé très clairement l'objectif d'intégration en milieu ordinaire des enfants et des jeunes souffrant de handicap ou de troubles psychiques.

Mieux même, le projet d'avis affirme que l'accueil de ces enfants et de ces jeunes dans les établissements scolaires concourt à leur insertion sociale et, de surcroît, enrichit tout le monde. Il permet un apprentissage de la différence et contribue à l'autonomie et à la prise de responsabilité de tous.

C’est là un enjeu de citoyenneté que vous n’avez pas manqué, Monsieur le rapporteur, de rappeler en conclusion. Bien entendu je voterai votre projet d’avis ».

Mme du Roscoät : « Le sujet présenté ce jour ne peut laisser personne indifférent. Le rapporteur a su nous faire pénétrer, avec tact et pudeur, dans un monde de souffrance, d’inquiétude, mais aussi d’espoir.

La pédopsychiatrie est un mot qui fait peur, une spécialité que nul n’a envie de connaître tant la maladie mentale reste un facteur de stigmatisation, d’exclusion et pourtant...

Il ne sert à rien de faire l’autruche, les besoins dans ce domaine vont croissant et leur évolution est significative. La prise en charge des patients a heureusement beaucoup évolué grâce aux techniques de soins. La santé des enfants et des adolescents fait désormais l’objet d’une attention soutenue des pouvoirs publics.

Le projet d’avis insiste sur la nécessité d’un dépistage précoce. La non détection et son corolaire, l’absence de soins sont à l’origine d’un passage à l’acte chez les jeunes. L’exemple du jeune schizophrène non traité ayant un risque de commettre un acte violent 8 fois supérieur à celui de la population générale est parlant. Éviter les troubles secondaires par un dépistage précoce et orienter les enfants vers des services de soin est primordial, une prise en charge lourde peut ainsi être évitée.

L’on ne souligne peut être pas assez le risque engendré par un mal-être de la mère pendant sa grossesse et après la naissance. La dépression *post-partum*, qui atteint 10 % des femmes, devrait être mieux surveillée et prise en compte afin d’éviter les retombées psychologiques souvent lourdes chez les enfants. N’est-il pas communément admis que certaines pathologies trouvent leur origine dès avant la naissance, La relation mère-enfant pendant la grossesse doit faire l’objet de soins attentifs.

Le rapporteur, qui ne souhaite pas que son travail soit classé « sans suite », car jugé trop lourd pour les finances publiques, suggère en amont, un moyen simple et efficace : le renforcement de l’enseignement de la pédopsychiatrie dans les programmes des études médicales et la formation des professionnels médecins généralistes, pédiatres, médecins scolaires... aux spécificités de la pédopsychiatrie, car pour détecter, alerter... il faut être sensibilisé au problème, savoir le reconnaître.

Des données intéressantes sont mises en avant par la DRESS, mais reflètent-elles la réalité sur le terrain ? L’on peut se poser la question lorsqu’on lit que les effectifs de psychologues ont augmenté fortement ces dernières années. Cette affirmation est exacte si l’on se réfère aux études, à ceux qui obtiennent un bac + 5, mais qu’en est-il sur le terrain ? Combien d’entre eux trouvent des places dans le public, combien d’entre eux peuvent vivre de leur travail avec des soins non remboursés ? Diplômés certes, au service des malades

sans doute beaucoup moins. La reconnaissance de ce travail doit donner lieu à un véritable statut.

Le projet d'avis donne une lueur d'espoir en soulignant que la guérison des enfants et des adolescents souffrant de troubles mentaux est parfois possible. L'on comprend mieux la nécessité de ne pas couper les jeunes de leur milieu de vie ordinaire, que ce soit la famille ou l'école. Reconnaissons-le, c'est une lourde charge et une grande responsabilité que l'on donne à des enseignants qui n'ont pas été formés dans ce but. Pour leur permettre d'assurer ce rôle, il faut les doter d'un socle de connaissances minimales, mais aussi les aider, ne pas les laisser seuls face à cette problématique. La fonction de médecin scolaire doit être revalorisée et la création d'un réseau de psychologues associés mis en place auprès des académies. Une information et une sensibilisation de l'ensemble des parents sont indispensables pour que l'accueil d'un enfant « différent » se fasse correctement. La place des auxiliaires de vie scolaire est un facteur de réussite à l'intégration. Pour ces personnels il faut également un véritable statut.

Vous en conviendrez, ce projet d'avis est marqué par la volonté d'avancer, de soutenir les familles, d'aider les jeunes et les enfants. Il nous a éclairé sur ce qu'il convient de faire... Je le voterai ».

Groupe des professions libérales

Le titre de l'avis pourrait laisser entendre que la pédopsychiatrie est une spécialité à part entière. Elle est un volet de la psychiatrie, ce qui permet une vision globale du système. Elle présente cependant quelques spécificités qui justifient un tel titre. L'avis dresse un état des lieux de la prévention et de la prise en charge en pédopsychiatrie. Le groupe des professions libérales est d'accord avec le bilan présenté : acquis positifs et améliorations nécessaires. L'avis définit également des propositions de mesures réalistes, mais le groupe des professions libérales tient à souligner que, si certaines de ces propositions sont simples à mettre en application, d'autres nécessitent une réflexion plus approfondie et une discussion indispensable avec les professionnels concernés, comme, par exemple, les coopérations interprofessionnelles.

Le groupe des professions libérales souhaite mettre l'accent sur trois axes plus particulièrement :

La prévention précoce : en matière de prévention, plus le dépistage organisé est précoce, plus la prévention est efficace. Pour développer cette prévention précoce, il serait nécessaire :

- de mettre en place une vraie stratégie médiatique qui aurait pour but, d'une part, de développer l'information auprès du grand public, d'autre part, de changer le regard de ce public sur les maladies mentales ;
- de renforcer, comme le propose le rapporteur, la formation initiale et continue du médecin généraliste libéral dans le domaine concerné.

Le passage à l'âge adulte : le devenir de ces enfants doit être pris en compte et il serait bon d'anticiper les possibilités de prise en charge à l'âge adulte. Que répondre aujourd'hui aux parents d'un enfant autiste qui s'interrogent sur son devenir lorsqu'ils auront, eux, ses parents, disparu ?

La recherche : la pédopsychiatrie est un problème de santé publique : elle doit donc bénéficier d'une aide suffisante pour la recherche. Aujourd'hui, nous ne sommes pas dans cette logique, seuls 2 % de la recherche biomédicale sont consacrés à la recherche en psychiatrie contre 20 % pour les neurosciences et 20 % pour le cancer. Les récents résultats français favorables portant sur l'étude, chez les personnes autistes, de l'ocytocine seront-ils déterminants pour développer ce secteur ?

Le groupe des professions libérales remercie le rapporteur d'avoir osé traiter de ce problème qui peut apparaître hyperspécialisé mais que chacun d'entre nous peut rencontrer dans sa vie personnelle. Il soutient les orientations de l'avis.

Groupe de l'UNAF

La famille est sans nul doute le premier lieu où se concrétisent les questions du repérage et de la prise en charge des troubles pédopsychiatriques, mais aussi la souffrance de l'enfant ou de l'adolescent. C'est à la famille de trouver des solutions pour apporter des réponses et alléger le poids d'un quotidien difficile.

Au regard de ce constat, l'UNAF ne peut que se réjouir de voir que le Conseil économique, social et environnemental se soit saisi de la question cruciale de la pédopsychiatrie pour présenter un avis dont les propositions sont réalistes, et souvent directement applicables.

En premier lieu, le rapporteur a eu à cœur, tout au long des travaux, de lier prévention et prise en charge pour ne jamais les dissocier. La raison emporte de soutenir qu'une prise en charge précoce prévient l'apparition de troubles plus graves, d'autant qu'on sait que chez l'enfant les troubles sont le plus souvent réversibles. C'est pour cela qu'il faut aujourd'hui prioritairement raccourcir les délais de prise en charge : la prévention permet d'éviter les conséquences terribles de diagnostics tardifs.

Pour ce faire, le groupe de l'UNAF soutient la proposition d'instaurer une prise en charge, par l'Assurance maladie, de consultations - répondant à des besoins précis - de professions paramédicales telles que les psychologues ou les psychomotriciens. Si cette mesure semble, d'un premier abord, coûteuse pour nos finances sociales, elle devrait permettre de résoudre en amont des troubles souvent bénins, qui ne nécessiteront pas une prise en charge médicale et donc financière bien plus lourde par la suite.

Le groupe de l'UNAF partage l'approche de l'avis selon laquelle la prévention n'est pas tant une question de moyens budgétaires qu'une culture de l'interdisciplinarité reposant à la fois sur la coordination des acteurs et sur un bon maillage du territoire. Il faut donc continuellement veiller à faire travailler davantage en réseau les acteurs de la chaîne de santé et, dans le domaine de la pédopsychiatrie, y associer fortement l'école à tous les niveaux de scolarité. Ce travail de décloisonnement, en permettant le partage des ressources et des compétences, permettra une plus grande efficience des interventions et devrait utilement s'appuyer sur un renforcement des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

À ce titre, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, a inscrit dans le marbre ces principes. Il reste à traduire cela dans les faits au travers des futures ARS (Agences régionales de santé) dont il est écrit qu'elles devront travailler sur leur territoire en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile (titre IV, chapitre Ier, article 118). Le prochain décret qui fixera la composition de leurs commissions de coordination, lieux privilégiés de dialogue, devrait permettre la présence du recteur d'académie, ou de son représentant, un médecin scolaire.

Dans la continuité, s'agissant de l'école, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances des personnes handicapées renforce les actions en faveur de la scolarisation en milieu ordinaire de l'élève handicapé au plus près de son domicile. Mais elle est malheureusement encore trop peu mise en œuvre. Pourtant, il faut tout faire pour éviter, dans la mesure du possible, les formations ghettos. Le recours trop systématique à l'institutionnalisation contient en effet des risques d'accentuation des fragilités psychiques, affectives et sociales auxquelles elle entend pourtant répondre.

Dans les pays d'Europe du Nord, l'accent est mis depuis longtemps sur l'intégration en milieu ordinaire, dès la petite enfance, des enfants présentant un handicap ou des troubles psychiques. Les effets positifs sont réels et profitent à tout le monde. Les enfants s'aident et apprennent ainsi à interagir et à gérer la différence.

L'existence en France des Auxiliaires de vie scolaire (AVS) offre de grandes opportunités. Encore faut-il les doter d'un véritable statut appuyé sur une formation spécifique et adaptée, pour les faire reconnaître comme partenaires des enseignants. Par ailleurs, le groupe de l'UNAF se retrouve pleinement dans la proposition visant à assurer la continuité de l'accompagnement de l'enfant en milieu scolaire comme à domicile par le biais des associations, qui doivent jouer un rôle mieux intégré qu'aujourd'hui dans le dispositif d'accompagnement des enfants et des adolescents.

Enfin, l'avis met l'accent sur « l'accompagnement des familles à toutes les étapes du processus », notamment lorsque le parcours de soins est long. Les troubles psychiques d'un enfant peuvent avoir des répercussions dramatiques sur le couple de ses parents et sa fratrie. Il faut donc pouvoir leur proposer un accompagnement, que ce soit un suivi psychologique, un soutien à la parentalité, ou l'accès à un groupe de parole qui permette aux familles de sortir de leur solitude, de partager leurs interrogations, de se déculpabiliser, de reprendre courage et de réorganiser leur existence.

Le groupe de l'UNAF a voté l'avis en souhaitant qu'il ait l'impact que sa qualité ne doit pas manquer de susciter.

Groupe de l'UNSA

Dès l'introduction, l'avis identifie bien les problématiques essentielles de la pédopsychiatrie quant à son fonctionnement et à ses difficultés dans la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent. On note une croissance constante des besoins surtout ces dernières années, cependant les augmentations du nombre de personnels n'ont pas forcément suivi.

La détection précoce des troubles est fondamentale : plus on agit tôt plus on est efficace. Il faut donc s'y attacher dès le plus jeune âge en déterminant les compétences des différents acteurs. Il s'agit d'organiser au mieux la prise en charge et d'intégrer les jeunes concernés dans la meilleure structure possible pour réussir une intégration scolaire qui doit conduire à une insertion sociale acceptable.

L'avis s'attache plus particulièrement aux médecins et psychologues. Il ne faut pas oublier tous les autres professionnels que sont les infirmier(e)s, les éducateurs, les orthophonistes, les psychomotriciens, etc. Il faut savoir que l'accueil de « première ligne » est assuré par les infirmier(e)s. Et pour ces derniers, outre le problème du nombre de personnel formé, il faut signaler que dans la nouvelle formation (LMD), la pédopsychiatrie n'existe plus. Ne restent que la pédiatrie et la psychiatrie.

Le travail en réseau et la continuité des soins, le travail avec le milieu scolaire sont des éléments déterminants. D'ailleurs, la suppression des Réseaux d'aide pour les enfants en difficulté (RASED) dans les écoles va à l'encontre de ces objectifs.

Actuellement, des liens existent entre les différents acteurs et sous la responsabilité des Agences régionales de santé (ARS), ce qui est positif. Cependant, les liens Instituts médico-éducatifs (IME) et Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) doivent évoluer en définissant les missions de chacun. Chacun a ses compétences et ses missions. Mais chaque établissement doit disposer des moyens nécessaires.

En ce qui concerne l'école, celle-ci ne peut se substituer à une prise en charge thérapeutique qui est prioritaire. Dans le cadre scolaire, il convient comme l'UNSA l'a défendu en section, de différencier le repérage fait par les enseignants, du dépistage réservé aux professionnels de santé de l'Éducation nationale (médecins et infirmier(e)s), de l'orientation diagnostique établie par le médecin de l'Éducation nationale, de la confirmation diagnostique et la prise en charge assurée par les services de soins.

Il est essentiel d'organiser la prise en charge fondée sur le partenariat étroit des acteurs pour construire un projet pédagogique solide. Dans cette optique, l'Éducation nationale aurait tout intérêt à utiliser les compétences de ses médecins pour assurer la formation initiale et continue des enseignants et des AVS afin de leur donner les outils concrets pour répondre aux besoins des enfants en situation de handicap, y compris en santé mentale.

Les plans de santé peuvent être mis en place dans un cadre interministériel. Et l'appartenance des médecins à l'Éducation nationale a, de plus, permis de resserrer les liens avec les enseignants et l'ensemble de l'équipe éducative en favorisant le dialogue dans l'intérêt des élèves. Le changement de tutelle vers le ministère de la Santé serait un retour en arrière. Et il ne garantirait pas la revalorisation qui pour l'UNSA passe par une meilleure attractivité et un recrutement en nombre adapté aux besoins des enfants. Aujourd'hui, on compte un médecin de l'Éducation nationale pour au moins 10 000 élèves.

Pour conclure, l'avis est l'aboutissement d'un débat riche et constructif. En particulier, il a repris toutes les demandes émises par l'UNSA qui l'a voté.

ANNEXE À L'AVIS

SCRUTIN

Scrutin sur l'ensemble du projet d'avis

Nombre de votants...............................166

Ont voté pour.......................................166

Le Conseil économique, social et environnemental a adopté.

Ont voté pour : 166

Groupe de l'agriculture - MM. Aussat, Bailhache, Barrau, Bastian, Baucherel, de Beaumesnil, de Benoist, Cazaubon, Mme Cornier, MM. Ducroquet, Giroud, Gremillet, Mme Lambert, MM. Lemétayer, Lucas, Marteau, Pelhate, Rougier, Sander, Vasseur.

Groupe de l'artisanat - MM. Dréano, Griset, Lardin, Liébus, Martin.

Groupe des associations - MM. Leclercq, Pascal, Roirant.

Groupe de la CFDT - Mmes Boutrand, Briand, Hénon, M. Honoré, Mme Houbairi, MM. Jamme, Le Clézio, Legrain, Malterre, Mme Nathan, M. Nau, Mmes Nicolle, Pichenot, Prévost, MM. Vandeweeghe, Vérollet.

Groupe de la CFE-CGC - Mme Dumont, MM. Garnier, Labrune, Van Craeynest, Mme Viguier, M. Walter.

Groupe de la CFTC - M. Coquillion, Mme Courtoux, M. Louis, Mme Simon, MM. Vivier, Voisin.

Groupe de la CGT - Mmes Bressol, Chay, Crosemarie, MM. Delmas, Mme Doneddu, M. Durand, Mmes Geng, Hacquemand, Kotlicki, MM. Larose, Mansouri-Guilani, Michel, Muller, Prada, Rozet, Mme Vagner.

Groupe de la CGT-FO - MM. Bécuwe, Bilquez, Mme Boutaric, MM. Daudigny, Devy, Hotte, Mmes Medeuf-Andrieu, Perray, M. Porte, Mme Pungier, M. Reynaud, Mme Thomas.

Groupe de la coopération - MM. Budin, Fritsch, Grallet, Lenancker, Mme Lienemann, MM. Verdier, Zehr.

Groupe des entreprises privées - Mme Bel, MM. Bernardin, Buisson, Mme Clément, MM. Creyssel, Didier, Mme Felzines, MM. Ghigonis, Gorse, Jamet, Lebrun, Lemor, Marcon, Mongereau, Pellat-Finet, Placet, Salto, Simon, Tardy, Veysset, Mme Vilain.

Groupe des entreprises publiques - MM. Ailleret, Brunel, Duport.

Groupe des Français établis hors de France, de l'épargne et du logement - Mme Bourven, MM. Cariot, Feltz.

Groupe de la mutualité - MM. Caniard, Davant, Laxalt, Ronat.

Groupe de l'Outre-mer - M. Ledee, Mme Moustoifa, MM. Osénat, Paul, Radjou.

Groupe des personnalités qualifiées - MM. Aillagon, Aurelli, Boisgontier, Cannac, Decagny, Dechartre, Mme Dieulangard, MM. Duharcourt, Figeac, Gentilini, Geveaux, Mme Grard, MM. Hochart, de La Loyère, Le Gall, Mandinaud, Marseille, Masanet, Nouvion, Obadia, Pasty, Mme Rolland du Roscoät, MM. Roulleau, Slama, Sylla, Valletoux, Vigier.

Groupe de l'UNAF - Mme Basset, MM. Brin, Damien, Édouard, Fresse, Guimet, Laune, Mmes Lebatard, Therry, M. de Viguerie.

Groupe de l'UNSA - MM. Duron, Grosset.

TABLE DES SIGLES

ARS	Agence régionale de santé
AVS	Auxiliaire de vie scolaire
CAMSP	Centre d'action médico-sociale
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CDD	Contrat à durée déterminée
CDPAH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CRA	Centre de ressources pour l'autisme
DGS	Direction générale de la santé
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
HAS	Haute autorité de santé
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IJ	Hospitalisation de jour
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
IME	Institut médico-éducatif
LMD	Licence-master-doctorat
MHDPH	Maison départementale des personnes handicapées
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPP	Ordonnance de placement provisoire
PCH	Prestation compensatoire du handicap
SESSAD	Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile
TOC	Troubles obsessionnels compulsifs
VAP	Valorisation de l'activité psychiatrique

LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Rapport de l'IGAS présenté par Danièle Jourdain-Menninger et Hélène Strohl-Maffesoli, *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques*, février 2004 ;
- Enquête collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, INSERM, *Troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 2002 ;
- Rapport de la Mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent, *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*, professeur Danièle Sommelet ;
- HAS, *Guide du médecin - ALD 23 troubles bipolaires*, mai 2009 ;
- Avis du Comité national d'éthique du 6 décembre 2007 ;
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *Études et résultats*, septembre 2004 ;
- Fondation MGEN - Université Paris V, *La santé mentale des enfants scolarisés dans les écoles primaires de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur,* docteur Taraneh Shojaei, professeur Viviane Kovess-Masfety.

Le Conseil économique, social et environnemental dresse un état des lieux de la prévention et de la prise en charge des troubles psychiatriques des enfants et des adolescents. Il propose deux types d'orientations pour améliorer cette prise en charge : favoriser la prévention à travers un repérage précoce des troubles en associant l'école à ce repérage et mieux organiser l'offre du réseau de soins.